

Síndrome de Mirizzi

“un caso bajo el subdiagnóstico”

Mirizzi Syndrome “A case under the underdiagnosis”

Franco Andrés Montenegro Coral^{1*}, Nathalia Muñoz Realpe²,
Marino Adalberto Coral Bedoya³

Resumen

Se trata de un paciente de sexo masculino de 70 años de edad, oriundo de la ciudad de Pasto, con antecedentes de coleditiasis, sin colecistitis, de 2 años de evolución, quien ingresa el 27 de diciembre del 2012 a urgencias de una Institución Prestadora de Salud (IPS) de la mencionada ciudad, donde se realiza colecistectomía laparoscópica, encontrándose colangitis, vesícula necrótica, piocolecisto, cálculo de 5x6 cm, impactado en cuello vesicular y vesícula fibrótica adherida al lecho hepático. El síndrome de Mirizzi fue descrito por primera vez por Pablo Mirizzi en el año de 1947 y señala factores etiológicos de colestasis extrahepática en algunos pacientes con litiasis vesicular. Esta patología es infrecuente a nivel mundial. En Colombia, y más específicamente en el departamento de Nariño, se carece de publicaciones sobre de este tema; por tal razón se trae a discusión este caso clínico.

Palabras clave: Síndrome de Mirizzi, ictericia, cirugía biliar, cálculos (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

This is a male patient 70 years old from Pasto Nariño, with a history of cholelithiasis without cholecystitis, 2 years of evolution, The one who enters for urgencies to an institution of health of the Pasto city on December 27, 2012, where it was realized laparoscopic cholecystectomy being finding cholangitis, necrotic bladder, piocolecisto, gallstone of 5x6 cm, incrusted in the neck of the bladder and bladder fibrótica adhered to the hepatic bed. Mirizzi's syndrome was first described by Paul Mirizzi in 1947 says etiological factors of extrahepatic cholestasis in some patients with gallstones. This condition is uncommon worldwide and Colombia, and more specifically in Nariño, plus lack of publications on this topic; for this reason it brings to this clinical case discussion.

Keywords: Mirizzi syndrome; jaundice; biliary surgery; gallstones (source: DeCS, Bireme).

1 Biólogo, Esp. Ecología, Esp. Planeación Ambiental & Manejo de Recursos Naturales. Maestrante en Epidemiología. Profesor Investigador Programa de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia - sede Pasto.

2 MD. General. Fundación Hospital San Pedro, Pasto.

3 MD. Esp. Cirugía General. Esp. Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva. Profesor-Investigador Programa de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia Pasto.

* Correspondencia: Dr. Franco Andrés Montenegro Coral. Correo electrónico: franco.montenegro@campusucc.edu.co

Recibido: 29/07/2015 - Revisado: 04/11/2015 - Aceptado: 21/01/2016

Introducción

El síndrome de Mirizzi (SM) es una complicación de la coledoclitiasis. Se trata de la obliteración del cuello de la vesícula biliar o del conducto cístico, que termina por comprimir el colédoco, constituyéndose en una etiología de síndrome obstructivo biliar, con signos y síntomas poco característicos, ausencia de ictericia (60-100%); el dolor abdominal (50 a 100%) representa el motivo principal de consulta junto con la triada de Charcot (ictericia, dolor abdominal y fiebre) presente en un 44 - 71 % de los casos.⁽¹²⁾

El SM se presenta en menos del 1% de los pacientes quirúrgicos, con una prevalencia del 0.05 a 0.1% en pacientes con coledoclitiasis y se ha descrito en 0.7 a 1.4% en pacientes con colecistectomía, según la mayoría de las publicaciones a nivel mundial.^(3,7,8,14-16,18-20), pero en algunos grupos étnicos, como los nativos americanos del pueblo Navajo y Zuni se han determinado incidencias de hasta el 2,7%.^(1,4,9), al igual que en una serie mexicana estudiada por Cortez et al, donde se reportó una frecuencia del 4.7% en una población de 442 pacientes⁽⁷⁾. Esta disparidad de cifras se relaciona con los medios diagnósticos disponibles y la prontitud con que se trata la patología quirúrgica de la vía biliar en cada sistema sanitario. En Colombia, los datos más recientes con relación a SM, se conocen de un estudio realizado en la Clínica Universitaria CES de Medellín- Colombia, en el cual se reportó Síndrome de Mirizzi, en un 3.5 % de los 208 casos intervenidos como colecistectomía por laparoscopia, entre los años 2009 y 2010.⁽¹⁰⁾ Asimismo, un estudio realizado en 36 pacientes del Hospital San José de Bogotá mostró una frecuencia elevada de este cuadro clínico y demostró una importante presentación del síndrome durante los años evaluados: 3,85%, en contraste con lo que aparece reportado en la literatura que informa menores tasas de incidencia.^(16,17) Se desconoce la prevalencia en el departamento de Nariño, por no existir publicaciones, ni reportes de casos clínicos.

Presentación del caso

Paciente masculino de 70 años, raza mestiza, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente, gastritis crónica atrófica, obesidad; alérgicos: penicilina; tóxicos: consumo de alcohol ocasional; quirúrgicos: septoplastia; dolor periumbilical leve de 30 años de evolución. En el 2011 es hospitalizado en Pitalito - Huila por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor tipo cólico de seis meses de duración, ubicado en epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia a escapula derecha, se acompaña de emesis, diarrea, fiebre, adinamia e ictericia leve, por lo cual se ordena la toma de ecografía de hígado y vía biliar que reporta la presencia de cálculo biliar único de aproximadamente 3 cm de diámetro; no presenta sintomatología específica, de modo que se da de alta con diagnóstico de gastroenteritis. En enero de 2012 solicita consulta en una IPS de la ciudad de Pasto (Nariño), se realiza ecografía hepatobiliar, la cual reporta hígado graso sin lesiones focales y coledoclitiasis sin signos ecográficos de colecistitis, presencia de cálculo

único de 39 mm de diámetro. En diciembre del 2012 el paciente presenta recidiva de la sintomatología antes mencionada, de una intensidad mayor en comparación con los episodios anteriores, por lo que ingresa a urgencias recibiendo manejo médico, seguido de realización de exámenes complementarios y hospitalización, se confirma la presencia de cálculo único de 39 mm de diámetro mayor con presencia de signos ecográficos de colecistitis. Se remite a cirugía, la cual se realiza cinco días después del ingreso. La cirugía laparoscópica reporta compresión extrínseca de la vía biliar extra hepática, por cálculo de 6x5 cm de diámetro, tamaño no detectado en las ecografías, se envía a estudio histopatológico; con estos hallazgos operatorios se determina como síndrome de Mirizzi. La recuperación es satisfactoria y es dado de alta con ciprofloxacina, metronidazol, lansoprazol, enzimas pancreáticas, enalapril, espironolactona, glibenclamida; también se prescribe dieta hiposódica e hipoglúcida y control con medicina interna por comorbilidades. El uso de enzimas pancreáticas orales se recomendó para el control de esteatorrea y distensión abdominal. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y ambulatorio.

Discusión

Considerando que para realizar el diagnóstico de síndrome de Mirizzi es demostrativo la presencia de: a) inserción baja del conducto cístico (favorece la obstrucción); b) cálculo impactado a nivel cístico o en cuello vesicular; c) compresión extrínseca por el cálculo sobre el colédoco; y d) ictericia que puede ser intermitente o constante^(2,5,6,11). El paciente de nuestro caso presenta varios de los síntomas y signos mencionados, a saber: a) dolor abdominal de larga data; b) fiebre, c) vómito, d) diarrea; y e) ictericia leve. Repetidas ecografías hepatobiliares demostraron presencia de cálculo único grande (capaz de causar compresión extrínseca de la vía biliar

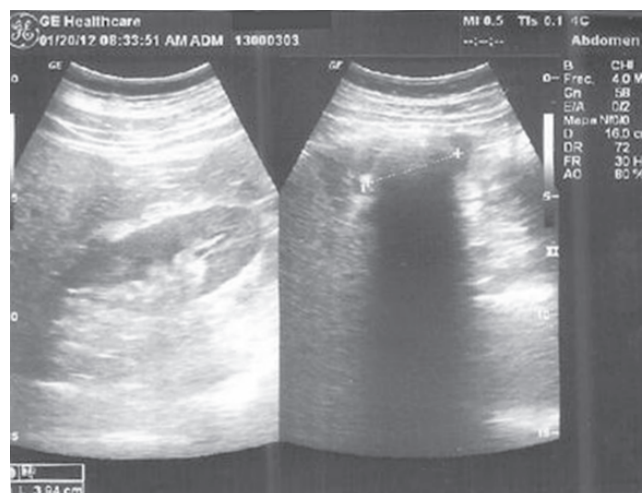


Figura 1. Ecografía Hepatobiliar con Dx de Colelitiasis sin signos ecográficos de colecistitis, realizada el 20 de enero de 2012 en Pasto(N).

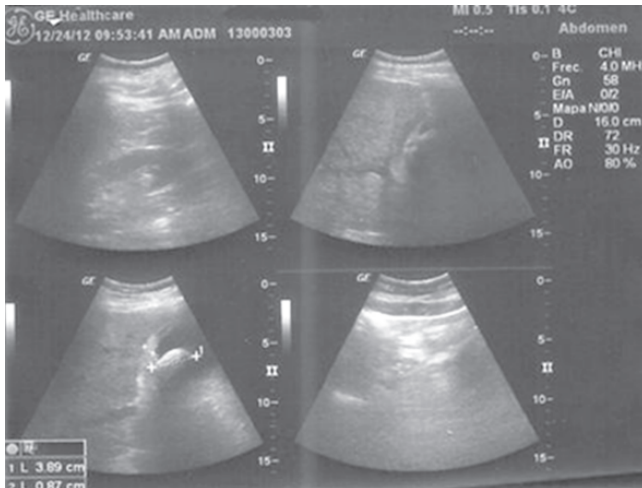


Figura 2. Ecografía Hepatobiliar con Dx de Colectitis con signos ecográficos de colecistitis. Realizada el 24 de diciembre de 2012 en Pasto(N).

extra hepática) y signos y síntomas descritos, a destacarse, la ictericia leve presentada preoperatoriamente y acorde con los laboratorios clínicos preoperatorios, bilirrubina directa: 0.29; bilirrubina indirecta: 0.50; bilirrubina total: 0.79⁽¹³⁾; hechos que nos permiten recomendar que en el SM tipo I no es común la ictericia, siendo un hallazgo más frecuente en el SM tipo 2 (compresión constante causada por un cálculo, asociado a inflamación de las estructuras implicadas, favoreciendo el desarrollo de fistula entre el infundíbulo de la vesícula biliar o conducto cístico y el conducto hepático común, fistula colecistobiliar), que puede originar una obstrucción intestinal (Íleo biliar). En el SM tipo I, del presente caso, se encuentra la obstrucción del conducto biliar común por un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann de la vesícula biliar o en el conducto cístico, por lo tanto es poco frecuente la ictericia y se excluye la presencia o desarrollo de una fistula. Jerez y sus colaboradores en 1982 describieron, por primera vez, esta clasificación del SM y actualmente reviste importancia para el abordaje quirúrgico⁽¹³⁾.

A pesar de los avances tecnológicos en el campo de laboratorio, el diagnóstico específico preoperatorio de este síndrome reviste dificultades, ya que muchos de los síntomas y signos no son patognomónicos de esta enfermedad, y pueden ser confundidos con otras patologías del sistema digestivo. Además, uno de los métodos diagnósticos preoperatorios más utilizados en nuestro medio para patología vesicular y biliar es la ecografía percutánea, por su accesibilidad y costo pero con limitaciones para la identificación de la obstrucción de la vía biliar, por lo que se debe disponer de la realización de estudios de mayor sensibilidad y especificidad, tales como colangiografía retrógrada endoscópica (esta última para intervencionismo), que dibujan la vía biliar y presentan una sensibilidad que puede ir desde 8 a 62%^(18,21); si el caso lo amerita queda en reserva la colangiografía percutánea y la ecoendosonografía. Estas ayudas diagnósticas y terapéuticas constituyen una alternativa en

forma efectiva y evitan de esta forma las complicaciones potenciales atribuibles al SM. Esta entidad genera dificultad de manejo oportuno debido a la tardanza en el diagnóstico y los trámites administrativos propios de nuestro actual sistema de salud; por lo tanto se recomienda que los pacientes que presentan signos y síntomas que sugieran la posibilidad de un SM en las fases tempranas, como cólico persistente o ictericia, se realice una ecografía y los paraclínicos específicos, para luego proceder con el tratamiento indicado por parte de expertos, con el fin lograr éxitos y anticipar complicaciones.

Conclusión

En pacientes con ausencia de fistula colecistobiliar (SM Tipo I), la colecistectomía y la eliminación del cálculo biliar constituyen el tratamiento de elección. En presencia de litiasis del conducto biliar común de larga evolución, y cuando la coledocostomía muestra dificultades técnicas, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el postoperatorio con la eliminación del cálculo resulta un método de diagnóstico y terapéutico indispensable.

Referencias

1. BAER, HU, MATTHEWS, JB, SCHWEIZER, WP, GERTSCH, P, BLUMGART, LH. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystcholedochal fistula. *Br J Surg* 1990; 77: pp. 743-745.
2. BAGIA, J.S. ET AL. 2. Mirizzi Syndrome: An extra hazard for laparoscopic surgery. *ANZ. Surg* 2001;71, 394-397.
3. BLUMGART LH. *Surgery of the liver and biliary tree*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988.
4. BOWER, TC, NAGORNEY, DM. Mirizzi syndrome. *HPB Surg* 1: 1988; pp. 67-74.
5. CHIAM, Q ET AL. Coexistent gallbladder carcinoma in mirizzi syndrome. *Australian radiology* 2003; 47, 58-60.
6. C.H. LAI, ERIC et al. Mirizzi syndrome: History, Present and Future Development. *ANZ J.Surg.* 2006; 76: 251-257.
7. CORTÉS M, VÁSQUEZ A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un hospital de enseñanza. *Cirujano General* 2003; 25:334-7.
8. CSENDES A, DIAZ JC, BURDILES P, MALUENDA F,NAVA D. Mirizzi syndrome and cholecysto- biliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1989; 76: 1139-43.5.
9. CURET, MJ, ROSENDALE, DE, CONGIOSI, S. Mirizzi syndrome in a Native American population. *Am J Surg* 1994;168: pp. 616-621.
10. DÍAZ SERGIO, CORREA MARÍA J, GIRALDO LINA M, RÍOS DIANA C, SOLÓRZANO FELIPE, WOLFF JUAN D, LONDOÑO RICARDO, MARTÍNEZ JUAN D, MATA LLANA ROGELIO, VANEGAS LUIS F. Experiencia en colecistectomía por laparoscopia en la Clínica Universitaria CES. *rev. colomb. cir.* [online]. 2012, vol.27, n.4, pp. 275-280.
11. GOMEZ, D ET AL. Mirizzi's syndrome – results from a large western experience. *HPB* 2006;8: 474-479.

12. JOHNSON LW ET AL. Mirizzi's syndrome: experience from a multi-institutional review. *Am Surg* 2001; 67: 11-24.
13. MARTINS TORRES ORLANDO JORGE, LOPES MELO LUCY ANNE, CORRÊA RODRIGUES CARLOS EDUARDO. Reporte de caso Síndrome de Mirizzi. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*. 2002; 3(1):41-43.
14. NADIR YONETCI, UFUK KUTLUANA, MUSTAFA YILMAZ, UGUR SUNGURTEKIN AND KORAY TEKIN. The incidence of Mirizzi syndrome in patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2008; 7: 520-524).
15. PEMBERTON M, WELLS AD. The Mirizzi syndrome. *Postgrad Med J* 1997; 73: 487-90.
16. RODRÍGUEZ C, ALDANA G. El síndrome de compresión biliar extrínseca benigna o síndrome de Mirizzi: experiencia de cinco años en el Hospital de San José. *RevColombCir* 2008; 23(1): 6-11.
17. SAMANIEGO A CASTOR, SANABRIA Z VALERIA, FILÁRTIGA L ANÍBAL. Experiencia en tratamiento del Síndrome de Mirizzi. *Rev Chil Cir [revista en la Internet]*. 2006 Ago [citado 2014 Nov 02]; 58(4): 276-280. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0718-40262006000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000400008>.
18. SCHAFER M, SCHNEITER R, KRAHENBUHL L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003; 17:1186-1190.
19. TAN KY, CHUNG HC, CHEN CY, TAN SM,POH BK, HOE MN. Mirizzi syndrome: noteworthy aspects of a retrospective study in one centre. *ANZ J Surg* 2004;74:833-7.
20. WOLFGANG STEHR, MD. THE MONT REID SURGICAL HANDBOOK. The University of Cincinnati Residents. Sixth Edition. Saunders Elsevier, p. 524.
21. LACERDA P, RUIZ M, MELO A, GUIMARAES L, DA SILVA-JUNIOR R, NAKAJIMA G. Mirizzi Syndrome: a Surgical Challenge. *ABCD Arq Bras Cir Dig Letter to the Editor* 2014;27(3):226-226.