

SÍNDROME DE MIRIZZI COM FÍSTULA COLECISTOBILIAR DO PRÉ-OPERATÓRIO AO TRATAMENTO DEFINITIVO

FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE^{1*}; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA¹; FRANCISCA ROBERTA PEREIRA CAMPOS²; GUSTAVO RÊGO COELHO³.

1 – Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, Ceará.

2 – Acadêmica de Medicina do 5º ano do Centro Universitário Instituto Superior de Teologia Aplicada.

3 – Médico Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Geral de Fortaleza.

Artigo submetido em: 23/10/2021

Artigo aceito em: 08/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: flavianyforte08@gmail.com.

RESUMO

A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, sendo definida como uma obstrução extrínseca do ducto hepático comum devido a cálculos impactados no ductocístico ou no infundíbulo da vesícula, que acarreta em uma sintomatologia semelhante à colelitíase. Relato do caso: Mulher, 50 anos, com dor abdominal, em hipocôndrio direito, irradiando para epigástrio e região de dorso, associada a náuseas e vômitos. Evoluindo nos últimos 5 meses com piora progressiva da dor abdominal e perda ponderal de 15 kg. Refere ainda início há 2 meses de síndrome colestática, icterícia progressiva e prurido. Negamorbidades e cirurgias prévias. Realizou tomografia de abdome no qual foi evidenciado volumoso cálculo na região infundibular da vesícula biliar, medindo cerca 3cm, determinando compressão extrínseca sobre o ducto hepatocolédoco, compatível com síndrome de Mirizzi, com dilatação a montante das vias biliares intra-hepática. Foi submetida a colecistectomia associada a derivação coledocoduodenal por síndrome de mirizzi grau IV. Conclusão: Apesar de ser uma manifestação rara e de sintomatologia semelhante ao da colelitíase, a Síndrome de Mirizzi deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais frente a um paciente com icterícia. O tratamento é cirúrgico com retirada do cálculo.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi; Colelitíase; Litíase; Icterícia.

ABSTRACT

Mirizzi syndrome is a rare complication of cholelithiasis, defined as an extrinsic obstruction of the common hepatic duct due to stones impacted in the cystic duct or in the infundibulum of the gallbladder, which causes symptoms similar to cholelithiasis. Case report: Female, 50 years old, with abdominal pain, in the right hypochondrium, radiating to the epigastrium and back region, associated with nausea and vomiting. Evolving in the last 5 months with progressive worsening of abdominal pain and weight loss of 15 kg. She also reports the onset of cholestatic syndrome, progressive jaundice and pruritus 2 months ago. Denies comorbidities and previous surgeries. Abdominal tomography was performed, which showed a large calculus in the infundibular region of the gallbladder, measuring about 3 cm, determining extrinsic compression over the hepatocholedocal duct, compatible with Mirizzi syndrome, with upstream dilatation of the intrahepatic bile ducts. She underwent cholecystectomy associated with choledocoduodenum with anastomosis for grade IV Mirizzi syndrome. Conclusion: Despite being a rare manifestation and with symptoms similar to cholelithiasis, Mirizzi Syndrome should

be part of the differential diagnoses for a patient with jaundice. Treatment is surgical with removal of the stone.

Keywords: Mirizzi Syndrome; Cholelithiasis; Lithiasis; Jaundice.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, acometendo em média 1% detodos os pacientes com este diagnóstico (1). Ocorre devido, tanto a obstrução mecânica extrínsecada via biliar, quanto por processo inflamatório, ambos causados pela obstrução do ducto hepáticocomum ou do colédoco devido à impactação por um cálculo biliar grande no infundíbulo, comprimindo o ducto colédoco; ou por uma fístula da vesícula biliar com o colédoco. Em 1948, o cirurgião argentino Pablo Luis Mirizzi, relatou pela primeira vez uma síndrome de obstrução do ducto hepático comum no contexto de colelitíase e colecistite de longa data e observou quais fatores levariam a uma colestase extra-hepática (2).

A classificação mais utilizada para Síndrome de Mirizzi é a de Csendes³, que avalia o grau de acometimento da via biliar, objetivando melhor guiar o manejo cirúrgico. Com tratamento dependente do grau de comprometimento da via biliar.

RELATO DE CASO

Mulher de 50 anos, admitida em hospital quaternário com dor abdominal, de forte intensidade, em hipocôndrio direito, irradiando para epigástrio e região de dorso, associada a náuseas e vômitos, que piorava com alimentação. Evoluindo nos últimos 5 meses com piora progressiva da dor abdominal e perda ponderal de 15 kg. Refere ainda início há 2 meses de síndrome colestática com icterícia progressiva e prurido. Nega comorbidades e cirurgias prévias.

Ao exame físico apresentava icterícia (3+/4+), com abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas ou visceromegalias palpáveis e sem sinais de peritonismo.

O laboratório mostrava bilirrubina total de 16,47 mg/dL, às custas da fração direta (8,94). Amilase e lipase em valores de referência normais, PCR (proteína C reativa) de 127,49 mg/dL, além de gama-glutamiltransferase de 456 U/ml e fosfatase alcalina de 196 U/ml.

Na tomografia de abdome (**Figura 1**) foi evidenciado volumoso cálculo na região infundibular da vesícula biliar, medindo cerca 3 cm, determinando compressão extrínseca sobre o ducto hepatocolédoco, compatível com síndrome de Mirizzi, com dilatação a montante das vias biliares intra hepáticas.

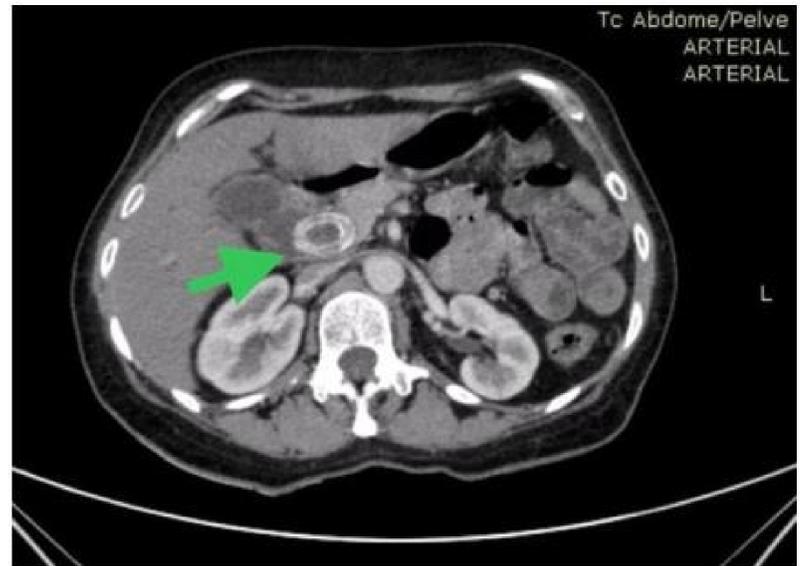


Figura 1. Tomografia computadorizada demonstrando fístula e compressão do hepatocolédoco.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Desse modo, procedeu-se com procedimento cirúrgico através da abordagem por via aberta, onde foi constatado que a vesícula biliar apresentava fístula com o colédoco (Síndrome de Mirizzi grau IV). O cálculo de aproximadamente 4 cm (**Figura 3**) obstruía totalmente a via biliar principalmente na confluência dos ductos hepáticos. A opção cirúrgica foi por colecistectomia associada à derivação colododuodenal com anastomose látero-lateral.



Figura 2. Foto do intraoperatório demonstrando: A - litíase sendo retirada de fístula/ B - colédoco.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

O paciente evoluiu satisfatoriamente e obteve alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório, sem queixas, evacuações presentes e aceitando bem a dieta, para seguimento ambulatorial.



Figura 3. Cálculo biliar.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

Síndrome de Mirizzi é uma complicação rara e tardia, ocorre aproximadamente em 1% dos pacientes portadores de colelitíase (1). Definida como sendo uma obstrução extrínseca do ducto hepático comum devido a cálculos impactados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula.

Os sinais e sintomas são semelhantes à colelitíase aguda, sendo mais frequente a dor abdominal em hipocôndrio direito, relacionada à alimentação gordurosa, seguida de icterícia e colangite. Podem se associar também náuseas, vômitos, prurido, colúria, hepatomegalia e, menos frequentemente pancreatite aguda, perfuração da vesícula biliar e perda ponderal (4). Transaminases hepáticas e canaliculares podem estar alteradas. No caso em questão, a paciente apresentou a sintomatologia clássica da colelitíase.

O diagnóstico torna-se difícil, pois não há apresentação clínica e laboratorial específica (4). Faz parte do diagnóstico diferencial das icterícias obstrutivas. Porém, apesar da disponibilidade de modernas técnicas de imagem associado, também, a ausência de um padrão patognomônico de apresentação e de sua raridade, frequentemente, tal síndrome, muitas vezes, não é reconhecida no pré-operatório (5).

A investigação diagnóstica para se confirmar síndrome de Mirizzi, necessita de exames de imagem para evidenciar a real etiologia da hiperbilirrubinemia. Os que possuem maior especificidade e sensibilidade (5) para a suspeita ou diagnóstico da Síndrome de Mirizzi são a tomografia helicoidal, a colangiopressonância e a colangiografia endoscópica (6). A colangiopressonância se mostra um dos melhores métodos para o estudo das vias biliares e

pode ajudar a diferenciar a síndrome de Mirizzi de neoplasias da árvore biliar e da coledocolitíase (7).

De acordo com a classificação de Csends, a síndrome de Mirizzi é classificada em 5 tipos: **I** - compressão extrínseca do ducto hepático comum/colédoco por cálculo no colo vesicular ou ducto cístico; **II** - presença de fístula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; **III** - presença de fístula colecistobiliar com diâmetro superior a 2/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; **IV** - presença de fístula colecistobiliar que envolve toda a circunferência do ducto hepático comum/colédoco; **V** - qualquer tipo, mais fístula colecistoentérica - **Va**: sem íleo biliar e **Vb**: com íleo biliar (**Figura 4**). De acordo com as imagens da tomografia e durante o procedimento cirúrgico realizado, pela classificação de Csendes, a paciente apresentava uma Síndrome de Mirizzi do tipo IV.

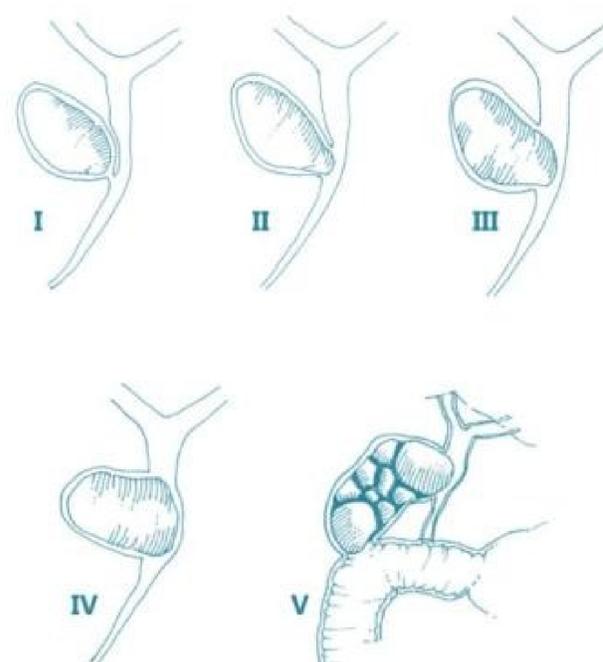


Figura 4. Classificação de Csends.

Fonte: Lacerda PDS, Ruiz MR, Melo A, Guimarães LS, Silva-Junior RAD, Nakajima GS. Mirizzi syndrome: a surgical challenge. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 2014; 27; 226-227.

O tratamento da Síndrome de Mirizzi é cirúrgico e o tipo de cirurgia empregada é dependente do grau de deformidade anatômica encontrada, assim como o grau de inflamação (5). É importante ressaltar que a compressão extrínseca do ducto hepático comum promove grande risco de se lesar essa estrutura durante a colecistectomia.

Assim a síndrome de Mirizzi pode ser uma contra-indicação relativa a colecistectomia videolaparoscópica, devendo se considerar abordagem laparotômica (7). No caso descrito a abordagem ci-

rúrgica foi por colecistectomia associada a derivação coledocoduodenal.

CONCLUSÃO

Assim, concluímos que, apesar de ser uma manifestação rara e de sintomatologia semelhante ao da colelitíase, a Síndrome de Mirizzi deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais frente a um paciente com icterícia. O tratamento é cirúrgico com retirada do cálculo. A publicação e divulgação de casos como esse permitem a ampliação do conhecimento sobre tal afecção.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca-Neto OCLD, Pedrosa MDGL, Miranda AL. Manejo cirúrgico da síndrome de Mirizzi. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 2008; 21: 51-54.
2. Xeroulis GJ, Davies W. Mirizzi syndrome: A review of the literature. Kuwait medical journal, 2006: 38(1); 3.
3. Lacerda PDS, Ruiz MR, Melo A, Guimarães LS, Silva-Junior RAD, Nakajima GS. Mirizzi syndrome: a surgical challenge. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 2014: 27; 226-227.

4. Clemente G, Tringali A, De Rose AM, Panettieri E, Murazio M, Nuzzo G, Giuliante F. Mirizzi syndrome: diagnosis and management of a challenging biliary disease. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2018.

5. Chen H, Siwo EA, Khu M, Tian Y. Current trends in the management of Mirizzi Syndrome: A review of literature. Medicine, 2018: 97(4).

6. Silva JB, Costa DR, Neto WBDM, Da Cunha CMQ, De Menezes FJC. Síndrome de Mirizzi associada à fístula colecistogástrica. Revista Relato de Casos do CBC, 2016: (2); 1-3.

7. Clemente G, Tringali A, De Rose AM, Panettieri E, Murazio M, Nuzzo G, Giuliante F. Mirizzi syndrome: diagnosis and management of a challenging biliary disease. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2018.