

SINDROME DE MIRIZZI: RELATO DE CASO

Mirizzi syndrome: case report

Autores: Rodrigues, JGBAR¹, Sousa, MG²

1: Estudante de graduação em medicina da UFPB

2: Cirurgião gastroenterológico e professor da UFPB

RESUMO

Introdução: Síndrome de Mirizzi é uma rara complicação de colelitíase prolongada. Estima-se uma ocorrência em aproximadamente 1% entre todas as colecistectomias. O paciente apresenta-se clinicamente com icterícia. O tratamento cirúrgico é o padrão-ouro na Síndrome de Mirizzi. **Relato de caso:** Paciente de 34 anos, feminino, dona de casa, natural e procedente de Juazeiro do Norte – CE, deu entrada no serviço com um quadro de dor em hipocôndrio direito com irradiação para epigástro, icterícia (+++/4+), prurido, perda de 7kg em um mês, náuseas e vômitos. Foi realizado exames laboratoriais e de imagens, chegando a um diagnóstico pré-operatório de Síndrome de Mirizzi pela colangiressonância magnética. Paciente submetida a uma laparotomia, sendo realizada uma colecistectomia parcial. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências. **Conclusão:** Apesar de ser uma manifestação rara, a Síndrome de Mirizzi deve sempre fazer parte dos diagnósticos diferenciais frente a um paciente com icterícia, já que o risco de possíveis complicações cirúrgicas e de se converter cirurgias laparoscópicas é considerável.

DESCRITORES: *Síndrome de Mirizzi, Cálculo, Icterícia*

ABSTRACT

Background: *Mirizzi syndrome is a rare complication of prolonged cholelithiasis. An estimated one occurrence in approximately 1% of all cholecystectomy. The patient is clinically jaundiced. Surgical treatment is the gold standard in Mirizzi syndrome. Case report:* *Patient 34 years old, female, housewife, born and raised in Juazeiro do Norte - CE, was admitted to the service with a cadre of right hypochondrium pain radiating to the epigastrium, jaundice (+ + + / 4 +), itching, loss of 7kg in a month, nausea and vomiting. We conducted laboratory tests and images, reaching a preoperative diagnosis of Mirizzi syndrome by magnetic resonance cholangiopancreatography. Patient underwent a laparotomy had undergone a partial cholecystectomy. Patient had uneventful. Conclusion:* *Although a rare manifestation, Mirizzi syndrome should always be part of the differential diagnosis in a patient with jaundice, since the risk of potential surgical complications and to convert laparoscopic surgery is considerable.*

KEY-WORDS: *Mirizzi Syndrome, Calculi, Jaundice*

Trabalho realizado no Hospital Regional do Cariri – HRC, Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n – Triângulo, Juazeiro do Norte – CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

Pablo Mirizzi, um cirurgião argentino descreveu em 1948, um paciente com obstrução parcial do ducto hepático comum secundário a uma impaction de um cálculo biliar no ducto cístico ou no infundíbulo (bolsa de Hartmann) da vesícula¹. Em homenagem ao cirurgião argentino, atualmente tal manifestação é referida como Síndrome de Mirizzi, apesar de que em 1905 e em 1908, Kehr e Ruge, respectivamente, descreveram previamente tal síndrome².

Além da compressão extrínseca, a Síndrome de Mirizzi também pode estar associada com uma resposta inflamatória envolvendo o ducto cístico e o ducto hepático comum.

A Síndrome de Mirizzi é uma rara complicação de colelitíase prolongada. Estima-se uma ocorrência em aproximadamente 1% entre todas as colecistectomias³. A forma de apresentação varia desde a compressão extrínseca do ducto hepático comum até a presença de fístula colecistobiliar. Frequentemente, a Síndrome de Mirizzi não é reconhecida no pré-operatório, o que aumenta significativamente o risco de morbidade e injúria do trato biliar, particularmente na cirurgia laparoscópica, pois a doença pode evoluir com uma alteração na anatomia entre a vesícula e o ducto hepático comum, resultante a um intenso processo fibrótico e, também, uma eventual comunicação do trato biliar⁴.

McSherry classificou a Síndrome de Mirizzi em dois tipos, onde o tipo I é quando ocorre a compressão do ducto hepático comum ou do ducto biliar comum por um cálculo impactado no ducto cístico ou na bolsa de Hartmann e o tipo II, quando ocorre uma erosão do cálculo do ducto cístico para dentro do ducto hepático comum ou do ducto biliar comum, produzindo uma fístula colecistocolédociana⁵. Já CSENDES et al (1989) subdividem o tipo II de acordo com a extensão da fístula colecistobiliar, onde o tipo II envolve menos de um terço da circunferência do ducto biliar comum, o tipo III envolve entre um terço e dois terços da circunferência e o tipo IV compreendendo a destruição de toda a parede do ducto biliar comum⁶.

O paciente com Síndrome de Mirizzi apresenta-se clinicamente com icterícia, sendo, portanto, necessária, além dos exames laboratoriais, realizar a investigação diagnóstica através de exames de imagem a fim de fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias que cursam com icterícia obstrutiva. A abordagem geralmente se inicia com a ultrassonografia, seguida da tomografia computadorizada, colangiografia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou colangioproctografia.

O tratamento cirúrgico é o padrão ouro na Síndrome de Mirizzi, pois permite remover os fatores causais: vesícula inflamada e o cálculo impactado. A mortalidade e a morbidade pós-operatória aumenta de acordo com a severidade da lesão.

RELATO DE CASO

Paciente VSM de 34 anos, feminino, parda, união estável, fundamental incompleto, católica, dona de casa, natural e procedente de Juazeiro do Norte – CE, foi admitida dia 30/12/2012 no serviço de clínica cirúrgica do Hospital Regional do Cariri (HRC), por apresentar um quadro de dor em hipocôndrio direito com irradiação para epigástro. Como fator de piora cita movimentos e a digitopressão. E como fator de melhora cita o uso de escopolamina ou dipirona. Refere que era uma dor de forte intensidade, do tipo “em peso”. Apresentava também icterícia (3+/4+) e prurido difuso com maior intensidade em mãos e pés, associado a anorexia e perda de 7kg em 01 mês.

Paciente refere início da dor em hipocôndrio direito a cerca de 01 ano antes da admissão de caráter intermitente, a cada dois ou três dias, após alimentação rica em gordura, carboidratos ou ingestão refrigerantes. Afirma início do prurido de forma abrupta cerca de 25 dias antes da internação e início gradual da icterícia neste período.

Ao exame: Regular estado geral, orientada e cooperativa, acianótica, afebril, ictérica (+++/4+), hidratada, normocorada. Sinais vitais – PAS: 120mmHg, PAD: 80mmHg, Frequência respiratória de 20irpa, Frequência cardíaca de 78bpm, temperatura: 36,3°. Abdome: Semigloboso, flácido, doloroso em hipocôndrio direito, ruídos hidroaéreos presentes, Murphy presente, sem viceromegalias. Demais sistemas sem alterações.

Paciente foi internada com a hipótese diagnóstica de Colelitíase e Icterícia. Sendo solicitado em primeiro momento bioquímica e ultrassonografia abdominal que evidenciou vesícula biliar apresentando duas imagens ecogênicas bem delimitadas, medindo em média 1,5cm, causando sombra acústica posterior. Não foi visualizada dilatação das vias biliares intra e extra-hepática e o colédoco de calibre normal no segmento estudado, livre de cálculos.

Os exames laboratoriais mostraram hemoglobina: 13,4 (VR: 11,5-16g/dL), hematócrito: 40,9 (VR: 36-48%), Leucócitos: 7.404 (VR:3.600-11.000), segmentados: 56%(VR:40-78%), Bastões: 0% (VR:0-5%), Eosinófilos: 2% (VR:3-5%), linfócitos: 33% (VR: 20-50%), Plaquetas: 125.400 (VR:150.000-450.000), uréia: 27 (VR: 3-50mg/dL), creatinina: 0,58, bilirrubinas totais: 7,14 (VR: até 1,0mg/dL), bilirrubina direta: 6,28 (VR: até 0,3mg/dL), bilirrubina indireta: 0,86 (VR: até 0,7%mg/dL), AST: 41,2 (VR: até 40 U/L), ALT: 54,2 (VR:10-35U/L), GGT: 28,2 (VR: 5-36%), FA: 279 (VR: 35-104U/L), TTPA: 40,3seg (VR: 33,7seg), amilase: 85 (VR: 20-100U/L), sumário de urina: bilirrubina (+++).

No prosseguimento da investigação, foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) abdominal no dia 03/12/2012 que mostrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas com dilatação da porção inicial do colédoco com área de interrupção abrupta devendo representar cálculo e vesícula biliar de topografia normal, conteúdo hiperdenso e paredes espessadas, sendo interrogado, assim, coledocolitíase. Dia 04/12/2012, paciente submetida a uma colangiressonância magnética com impressão diagnóstica de um cálculo impactado no infundíbulo/ducto cístico determinando compressão extrínseca do ducto hepático comum com moderada dilatação à montante das vias biliares, recebendo, assim, o diagnóstico de Síndrome de Mirizzi e Colelitíase. (figura 1 e 2)

Figura 1

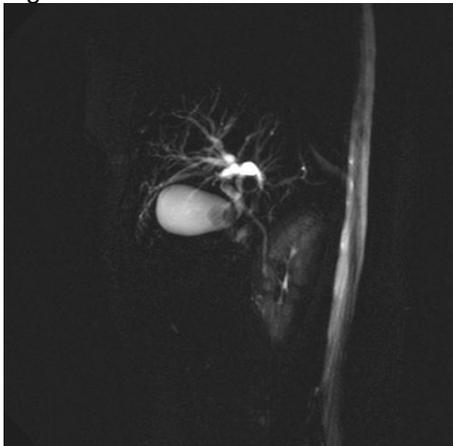


Figura 2



Fig. 1 e Fig 2: Colangiografia por ressonância magnética evidenciando compressão extrínseca do ducto hepático comum.

Paciente submetida a uma laparotomia com uma incisão subcostal direita de aproximadamente 20cm, evidenciando vesícula turgida de paredes espessadas com aderências firmes do grande omento e primeira porção do duodeno com presença de cálculos no interior da vesícula com cálculo impactado em infundíbulo, comprimindo via biliar a nível de hepático comum. Devido ao intenso processo fibrótico, a tentativa de ressecção da vesícula ao leito hepático não obteve êxito, optando-se pela técnica de colecistectomia parcial (técnica de Torek) retirando cálculo impactado do infundíbulo de cerca de 3cm de diâmetro e envio de material para histopatológico. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no dia 15/12/2012. Resultado do anatopatológico não evidenciou sinais de malignidade.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Mirizzi é manifestação rara. Estima-se que ocorra numa prevalência de 0,7 a 1,8% entre todas as colecistectomias³. 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 não é reconhecida no pré-operatório.

O diagnóstico precoce da Síndrome de Mirizzi é de suma importância, pois permite ao médico programar como será o ato cirúrgico e o tipo de acesso, se será laparotômico ou laparoscópico, já que a área do triângulo hepatocístico está envolvida por um intenso processo inflamatório, resultando em aderências de estruturas adjacentes, o que foi evidenciado na paciente em questão. Não há um consenso de qual técnica cirúrgica é a ideal para cada classificação da síndrome. Alguns autores têm recomendado o tratamento cirúrgico por via laparoscópica desta afecção^{5,7}, porém, a maioria teve que converter para a técnica convencional.

A abordagem cirúrgica preconizada é baseada de acordo com a classificação da síndrome. Para pacientes SM tipo I, recomenda-se colecistectomias parciais ou totais, aberta ou por via laparoscópica. A exploração do ducto biliar comum tipicamente não é requerida. No caso em questão, foi realizada a colecistectomia parcial devido ao intenso processo fribrotico e por não ter êxito na tentativa de ressecção da vesícula do leito hepático. No tipo II, realiza-se a colecistectomia mais o fechamento da fístula, ou com sutura com fios absorvíveis, ou com tubo em T ou com coledocoplastia com a vesícula biliar remanescente. No tipo III, preconiza-se a coledocoplastia ou anastomose bilioentérica e no tipo IV, a anastomose bilioentérica⁸.

CONCLUSÃO

Apesar de ser uma manifestação rara, a Síndrome de Mirizzi deve sempre fazer parte dos diagnósticos diferenciais frente a um paciente com icterícia, já que o risco de possíveis complicações cirúrgicas e de se converter cirurgias laparoscópicas é considerável.

REFERÊNCIAS

- 1 - Shah OJ, Dar MA, Wani MA, Wani NA. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach. ANZ J Surg 2011;71:423-7
- 2 - Erben Y, Benavente-Chenhalls LA, Donohue JM, et al. Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: 23-year Mayo Clinic experience. J Am Coll Surg 2011; 213:114
- 3 - Safioleas M, Stamatakos M, Safionelas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases. International Seminars in Surgical Oncology 2008; 5:12
- 4 - Waisberg J, Corona A, Abreu IW, Farah JFM, Lupinacci RA, Goffi FS. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management. Arq Gastroenterol 2005;42(1):13-8
- 5 - Rohatgi A, Singh K.K. Mirizzi syndrome: laparoscopic management by subtotal cholecystectomy. Surg Endosc. 2006; 20:1477-1481/.
- 6 - Csendes A, Dias JC, Burdiles P. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. Br J surg 1989;76:1139-43
- 7 - Crema E, Silva SM, Bechara MIS, Marques SM, Pastore R, Silva AA. Síndrome de Mirizzi: Causa Comum de Conversão da Colecistectomia Laparoscópica. Rev bras videocir 2004;2(2):75-78.
- 8 - 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(7):743.