



El síndrome de compresión biliar extrínseca benigna o síndrome de Mirizzi: experiencia de cinco años en el Hospital de San José

CAROLINA RODRÍGUEZ, MD*, GUILLERMO ALDANA, MD**

Palabras clave: conducto biliar común, colelitiasis, colédocolitiasis, colecistectomía, colecistectomía laparoscópica, procedimientos quirúrgicos del tracto biliar.

Resumen

Introducción: el síndrome de compresión biliar extrínseca, o síndrome de Mirizzi, descrito por Pablo Mirizzi en 1948, es una entidad quirúrgica con baja incidencia que supone un reto quirúrgico en su diagnóstico y manejo.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos en el que se informan los resultados de la revisión de las historias clínicas de 934 pacientes a quienes se les practicó colecistectomía en el Hospital de San José de 2001 a 2005. Se analizaron los datos epidemiológicos, los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo, la morbilidad y la mortalidad de este grupo de pacientes manejado en un hospital de alta complejidad.

Resultados: se revisaron las historias clínicas de 36 pacientes con síndrome de Mirizzi. Según la clasificación de A. Csendes, se encontraron 31 (86%) con

síndrome de Mirizzi tipo I, 1 (2,7%) tipo II, 3 (8,3%) tipo III y 1 (2,7%) tipo IV, para una frecuencia de 3,85%.

Conclusión: la literatura mundial informa una frecuencia del síndrome de Mirizzi de 0,7 a 1,4% mientras que en el Hospital de San José la prevalencia fue de 3,85%. Este es un centro de reconocido manejo de la patología biliar en el país, en donde los cirujanos adquieren un alto nivel de entrenamiento, lo cual hace poco probable la sobreestimación del concepto de Mirizzi.

Introducción

El síndrome de compresión biliar extrínseca, o síndrome de Mirizzi, es una complicación rara de la colelitiasis. Consiste en la obliteración del cuello de la vesícula biliar (bolsa de Hartmann) por un cálculo que causa una obstrucción mecánica extrínseca de la vía biliar; se puede presentar con fístula colecistocolédociana o sin ella, y puede generar dolor, ictericia y, ocasionalmente, colangitis. Fue descrito inicialmente por Kher en 1902 y Ruge en 1908^(1,2). En 1948 el cirujano argentino Pablo Mirizzi describió las características de la entidad que ahora lleva su nombre.

Desde el punto de vista epidemiológico, el síndrome de Mirizzi ocurre en menos del 1% de los pacientes operados y la incidencia es tan sólo de 0,7 a 1,4% de las

* Residente de III año, Cirugía General, Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia.

** Coordinador, Sección Cirugía Hepatobiliar; jefe, Servicio de Trasplantes, Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia.

Fecha de recibo: 25 de mayo de 2007
Fecha de aprobación: 12 de marzo de 2008

colecistectomías realizadas en la mayoría de series publicadas (2-4). Se han descrito varias clasificaciones de este síndrome; McSherry, en 1982, lo clasificó en tipo I cuando era compresión extrínseca de la vía biliar y tipo II cuando se asociaba con fístula colecistocolédociana (1). Posteriormente, Starling subdividió el tipo I en IA, si se encuentra un conducto cístico largo que corre paralelo a la vía biliar y se encuentra obstruido por cálculos, y el IB cuando el cístico es corto, se encuentra completamente obliterado por los cálculos y no hay fístula (figura 1) (2).

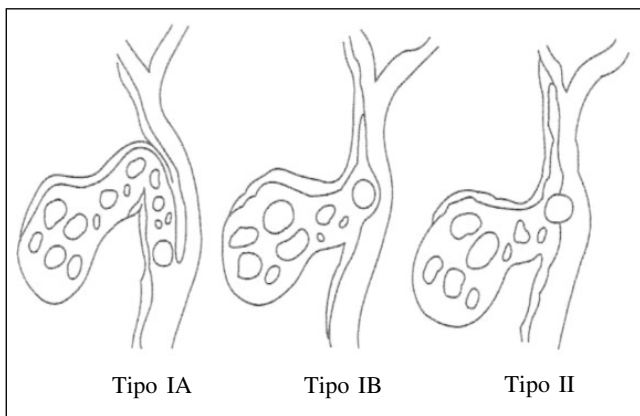


FIGURA 1. Clasificación de Starling.

A. Csendez, en 1989, lo dividió en cuatro tipos: tipo I, compresión sin fístula; tipo II, con fístula colecistocolédociana que compromete menos del 33% de la pared del árbol biliar extrahepático; tipo III, con compromiso del 33 al 66%, y tipo IV, con compromiso de más del 66% de la pared del árbol biliar extrahepático (figura 2) (4, 5).

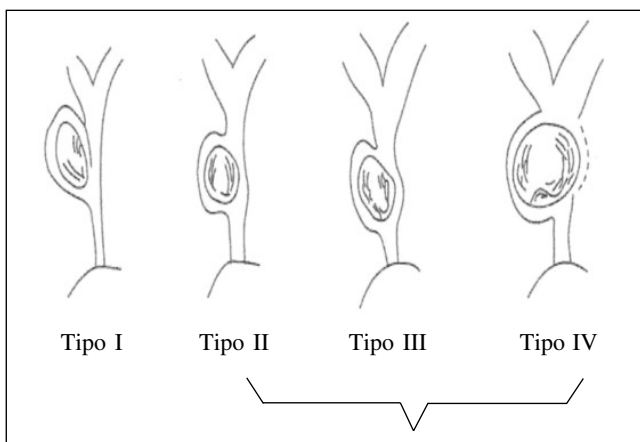


FIGURA 2. Clasificación de A. Csendez.

En el presente estudio se hizo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con síndrome de Mirizzi tratados en el Hospital de San José durante el período de enero de 2001 a diciembre de 2005, y se describe su presentación y la importancia de la complejidad en su manejo.

Materiales y métodos

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes a quienes se les había practicado una colecistectomía en el Servicio de Cirugía General del Hospital de San José de Bogotá, D.C., Colombia, por presentar patología quirúrgica de la vía biliar, durante el período comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2005.

Los datos se recolectaron en forma retrospectiva y se registró en un instrumento de recolección de datos la siguiente información: nombre, historia clínica, edad, sexo, diagnóstico de colelitiasis, diagnóstico de síndrome de Mirizzi prequirúrgico, cuadro clínico, exámenes paraclínicos, manejo quirúrgico (procedimientos, hallazgos y complicaciones), evolución posoperatoria, estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad.

Resultados

Entre los años 2001 y 2005 se practicaron 934 colecistectomías en pacientes tratados en el Hospital de San José con patología quirúrgica de la vía biliar, y se diagnosticaron 36 pacientes con síndrome de Mirizzi. De ellos, 31 eran de tipo I, 1 de tipo II, 3 de tipo III y 1 de tipo IV.

Se intervinieron 27 mujeres y 9 hombres. La edad varió entre 24 años y 80 años, con una mediana de 44 años. Todos presentaron dolor abdominal (100%), 5, ictericia (14%) y ninguno, fiebre ni colangitis.

En las pruebas de función hepática se encontró elevación de la fosfatasa alcalina en 17 de 36 (47,2%) de los pacientes, hiperbilirrubinemia en 8 de 36 (2,22%) y elevación de las aminotransferasas en 4 de 36 (1,1%) de los casos.

A todos se les realizó ecografía de hígado y vías biliares y, de éstos, al 100% se les diagnosticó colelitiasis.

Sin embargo, sólo a 16 pacientes (44%) se les diagnosticó el síndrome de Mirizzi antes de la cirugía. El diámetro del colédoco era mayor de 7 mm en 9 pacientes y menor de 7 mm en 27 pacientes. A 3 (8%) pacientes se les hizo diagnóstico de síndrome de Mirizzi mediante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Ninguno requirió la toma de una tomografía computadorizada de abdomen.

Con respecto al manejo quirúrgico, de las 934 colecistectomías, 714 (76,4%) se practicaron por laparotomía y 220 (23,5%) por laparoscopia. De los pacientes con diagnóstico intraoperatorio de síndrome de Mirizzi, a 23 se les practicó colecistectomía total, a 3, colecistectomía subtotal, a 2, esfinteroplastia, a 2, hepaticoyeyunostomía y a 10, colangiografía intraoperatoria.

En los pacientes con síndrome de Mirizzi tipo I (31 casos), se realizaron 27 colecistectomías, 26 por laparotomía y 1 por laparoscopia, 3 colecistectomías subtotales por duda anatómica y piocolecisto, 1 esfinteroplastia por coledocolitiasis visualizada por colangiografía intraoperatoria y 1 requirió que se cambiara de intervención por laparoscopia a abierta, porque presentaba piocolecisto y vía biliar dilatada; a éste se le practicó colecistectomía, colangiografía intraoperatoria y colocación de sonda transcística (tabla 1).

TABLA 1

Manejo quirúrgico de los pacientes operados en el Hospital de San José de Bogotá, según tipo de síndrome de Mirizzi encontrado

Tipo (n)	Tratamiento	n (%)
I (31/36)	Colecistectomía laparoscópica	1 (3,2)
	Colecistectomía fundocística	26 (83,8)
	Colecistectomía subtotal	3 (9,7)
	Colecistectomía más tubo en T	1 (3,2)
II (1/36)	Colecistectomía subtotal	1 (100)
III (3/36)	Colecistectomía fundocística	1 (33)
	Colecistectomía más anastomosis entre conducto hepático y yeyuno	2 (66)
IV (1/36)	Colecistectomía más anastomosis entre conducto hepático y yeyuno	1 (100)

Al paciente con síndrome de Mirizzi tipo II se le practicó una colecistectomía subtotal. A los tres casos de síndrome de Mirizzi tipo III se les hicieron las siguientes intervenciones: al primer caso, colecistectomía, colangiografía intraoperatoria y tubo en T; al segundo caso, colecistectomía, colangiografía intraoperatoria y esfinteroplastia; y al tercer caso, colecistectomía, colangiografía intraoperatoria y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Al paciente con síndrome de Mirizzi tipo IV se le realizó colecistectomía, colangiografía intraoperatoria y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.

La estancia hospitalaria promedio fue de 4,44 días. Dos pacientes requirieron estancia en la unidad de cuidados intensivos en el periodo posoperatorio. Se presentó una muerte (2,7%) por fístula de origen biliar y sepsis abdominal, en un paciente con síndrome de Mirizzi tipo III que requirió hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, y hubo una morbilidad de 8,3% (4 pacientes) con infección del sitio quirúrgico y neumonía hospitalaria. En 4 pacientes se diagnosticó coledocolitiasis residual, que se resolvió mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, sin complicaciones.

Discusión

Las alteraciones del síndrome de Mirizzi son bien conocidas y se describe el compromiso de cuatro componentes:

1. la disposición anatómica del conducto cístico o el cuello de la vesícula de forma tal que corren paralelos al conducto hepático común;
2. la obliteración por un cálculo del conducto cístico o del cuello de la vesícula;
3. la obstrucción mecánica del conducto hepático común por un cálculo o por inflamación secundaria, y
4. la ictericia o la colangitis ⁽⁶⁾.

El cálculo enclavado ocasiona necrosis por presión que, con el tiempo, puede evolucionar a erosión de la pared y aparición de fístulas ⁽²⁾.

La incidencia del síndrome de Mirizzi es baja. La mayoría de las series reportan una frecuencia menor de 1,5%, excepto una serie mexicana con 4,7% de casos

en una población de 442 pacientes ⁽²⁾. El Hospital de San José es un centro reconocido de manejo de patología biliar en el país, en donde los cirujanos adquieren un alto nivel de entrenamiento, lo cual hace poco probable la sobreestimación del concepto de Mirizzi y hace muy confiable el diagnóstico intraoperatorio. Nuestra frecuencia es de 3,85% que, como puede observarse, es una de las más altas hasta ahora reportadas.

El cuadro clínico es de dolor asociado a ictericia; sin embargo, en nuestra serie sólo 5 pacientes la presentaron. En otras series, se presenta ictericia en 38% a 100% de los casos ^(2-4, 7). El patrón de laboratorio corresponde a colestasis pero sólo el 47% de nuestros pacientes presentaron alteraciones en las pruebas de función y excreción hepática ^(2-4, 7).

El ultrasonido o la ecografía de hígado y vías biliares es el estudio inicial en los pacientes con pato-

logía de la vía biliar y puede revelar datos para sospechar el síndrome de Mirizzi, como son la dilatación de la vía biliar, los cálculos enclavados en la bolsa de Hartmann y las alteraciones del conducto cístico, con una sensibilidad –según la literatura– de 23%. Se realizó este examen a los 36 pacientes y por ecografía se encontraron tan sólo 16 pacientes con síndrome de Mirizzi ^(1, 6).

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es el estudio de elección para confirmar síndrome de Mirizzi; sin embargo, tiene una sensibilidad de sólo el 55%, tiene una importante morbilidad y no todos los pacientes de nuestra serie cumplieron los criterios para su realización.

Según la literatura, se recomiendan los siguientes procedimientos para los tipos I-IV (tabla 2) ^(3, 7):

TABLA 2
Comparación de resultados con otras series

	Shah, <i>et al.</i> 2001	Cortés-Vásquez 2003	Schafer, <i>et al.</i> 2003	Yang Tan, <i>et al.</i> 2004	Aldana-Rodríguez 2006
Años del estudio	1993-1997	1998-2001	1995-1999	1997-2002	2001-2005
Población en estudio	1.340	442	13.023	1.881	934
Pacientes con S. Mirizzi	34 (2,53%)	21 (4,7%)	39 (0,3%)	24 (1,27%)	36 (3,85%)
Edad (mediana en años)	54,5	45,1	61	52,4	45
Ictericia (%)	85	100	38,5	45,8	14
Fosfatasa alcalina elevada (%)	85			58	47,2
Frecuencia (en %) según Tipo	I: 23	I: 62; II: 28; III: 5; IV: 5	87	I: 79,2; II: 16,7; III: 4,1	I: 86; II: 2,7; III: 8,3; IV: 2,7
Tratamiento Tipo I (%)		CA	CA (67) CA + TT (29,4)	CL (5,3) CA o CST (73) CA + TT (5,3) CA + HY (15,7)	CL (3,2) CA (83) CST (9,7) CA + TT (32)
Tratamiento Tipo II (%)		CA + TT		CST (25) CA + TT (25) CA + HY (50)	CST (100)
Tratamiento Tipo III (%)		CA + TT		CA + HY (100)	CA (33) CA + HY (66)
Tratamiento Tipo IV (%)		CA + HY			CA + HY (100)
Morbilidad (%)	17,6		18	25	8,3
Mortalidad (%)	0		0	0	2,7

CA: Colectomía abierta; CL: Colectomía laparoscópica; CST: Colectomía subtotal; TT: Tubo en T; HY: Hepaticoyunostomía.

- Tipo I: colecistectomía fundocística sin necesidad de explorar las vías biliares.
- Tipo II: depende de la gravedad de la fístula; se recomienda colecistectomía y colocación de tubo en T.
- Tipo III: colecistectomía y tubo en T o coledoco-duodenostomía.
- Tipo IV: colecistectomía, exploración de vías biliares y hepaticoyunostomía en Y de Roux.

Existen otros procedimientos descritos, como las plastias vesiculares a la pared coledociana, tal como lo describen Shah *et al.*, utilizando “parches” de 5 ó 10 mm si se trata de síndrome de Mirizzi tipo Ib ó II con lesiones de menos del 33% de la luz o del 33 al 66%, respectivamente ⁽⁷⁾. En el Hospital de San José se realizaron similares cirugías para los casos de síndrome de Mirizzi descritos.

El síndrome de Mirizzi es una entidad rara que se debe considerar siempre en el diagnóstico preoperatorio de un paciente con coledocitis. No se presenta con sig-

nos patognomónicos, pero su identificación define un manejo quirúrgico ideal y la disminución de la morbimortalidad. Siempre que se diagnostique este síndrome, se debe tener en cuenta la adecuada y metódica disección quirúrgica para evitar lesiones de la vía biliar.

Nuestro trabajo aporta datos importantes sobre el síndrome de Mirizzi; muestra una frecuencia elevada de este cuadro clínico y demuestra 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. No existen estudios de elección para el diagnóstico preciso del síndrome de Mirizzi en el periodo preoperatorio, lo que supone el desarrollo de destrezas para su adecuado manejo pues suele ser un hallazgo intraoperatorio. Recomendamos, al igual que Yang-Tan *et al.*, practicar colecistectomía y reconstrucción con hepaticoyunostomía y asa subcutánea en los pacientes con síndrome de Mirizzi tipos II, III y IV.

The benign extrinsic compression biliary syndrome (Mirizzi syndrome): five years experience at San José Hospital, Bogotá, Colombia

Syndrome of external biliary compression or Mirizzi's Syndrome: five-year experience at Hospital San José (Bogotá)

Abstract

Introduction: *The syndrome of external biliary compression, or Mirizzi's Syndrome, described by Pablo Mirizzi in Argentina in 1948, is an infrequent surgical entity that constitutes a real diagnostic and management challenge.*

Materials and Methods: *Retrospective descriptive study of cases based on the clinical records of 934 patients subjected to cholecystectomy at Hospital San José (Bogotá, Colombia) in the period 2001-2005. Epidemiological data, surgical procedures performed, and morbidity and mortality were analyzed at this high-complexity level of care institution.*

Results: *36 patients had Mirizzi's syndrome. According to A. Csendes' classification there were 31 (86%) patients with type I Mirizzi's syndrome, 1 (2.7%) type II, 3 (8.3%) type III, and 1 (2.7%) type IV, for an overall prevalence of 3.85%.*

Conclusion: World literature reports a prevalence of Mirizzi's Syndrome of 0.7 to 1.4%, while at Hospital San Jose prevalence was 3.85%. Our Hospital is a recognized center in the managements of biliary pathology, where surgeons achieve a high level of training, which perhaps makes improbable an overestimation of the concept and diagnosis of Mirizzi's syndrome.

Key words: common bile duct, cholelithiasis, choledocholithiasis, cholecystectomy, cholecystectomy laparoscopic, biliary tract surgical procedures.

Referencias

1. AL-AKEELY MHA, ALAM MK, BISMAR HA, KHALID K, AL-TEIMI I. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh. World J Surg 2005; 29:1687-92.
2. CORTÉS M, VÁSQUEZ A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un hospital de enseñanza. Cirujano General 2003; 25:334-7.
3. SCHAFFER M, SCHNEITER R, KRAHENBUHL L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2003; 17:1186-1190.
4. 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.
5. CSENDES A, DÍAZ JC, BURDILES P, MALUENDA F, NAVA O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. Br J Surg 1989; 76:1139-43.
6. REYES CEREZO M, SOLÓRZANO PECK G, REDEL DEL PUEYO J, VÁSQUEZ MÁRQUEZ L, GORDON DEL RÍO A, ARÉVALO JIMÉNEZ E, PERA MADRAZO C. Mirizzi syndrome: apropos of 13 cases. Rev Esp Enf Aparato Digestivo. 1989; 75:475-80.
7. SHAH OJ, DAR MA, WANI MA, WANI NA. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach. ANZ J Surg 2001; 71:423-7.

Correspondencia:
GUILLERMO ALDANA DIMAS, MD.
Correo electrónico: galdana1@hotmail.com
Bogotá, Colombia



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

VISITE NUESTRA NUEVA PÁGINA WEB
www.ascolcirugia.org

Esperamos sus comentarios,
aportes y sugerencias para hacer de este sitio un lugar
de interés para todos los cirujanos