

Caso Clínico / Clinical Case

SÍNDROME DE MIRIZZI

LÉRIAS C. ⁽¹⁾, SOUTO P. ⁽¹⁾, PINA CABRAL J. E. ⁽¹⁾, SARAIVA S. ⁽¹⁾, GOMES D. ⁽¹⁾, DURÃO A. ⁽²⁾, MOREIRA A. ⁽²⁾, SOFIA C. ⁽¹⁾, LEITÃO M. ⁽¹⁾, DONATO A. ⁽¹⁾, FREITAS D. ⁽¹⁾

Resumo

A Síndrome de Mirizzi é uma causa rara de icterícia obstrutiva. Resulta da impaction de um cálculo no cístico ou no colo vesicular, causando compressão extrínseca do canal hepático comum e inflamação, com ou sem fistulização. Sendo o tratamento de eleição de natureza cirúrgica, o diagnóstico pré-operatório é particularmente importante devido ao elevado risco de lesão iatrogénica da via biliar. Apresenta-se um caso clínico de Síndrome de Mirizzi tipo II, no qual a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica permitiu o diagnóstico pré-operatório e a resolução da colangite associada, facilitando desta forma uma abordagem cirúrgica adequada.

Summary

Mirizzi Syndrome, a rare cause of obstructive jaundice, is due to an impacted stone in either the neck of the gallbladder or the cystic duct that leads to external compression and inflammation of the common hepatic duct, sometimes associated with cholecystobiliary fistula. Pre-operative recognition is useful in minimizing the risk of injury to the common hepatic duct during surgery. We report a case of Mirizzi syndrome type II, where endoscopic retrograde cholangiopancreatography allowed the pre-operative diagnosis of this syndrome and facilitated the resolution of the associated cholangitis by means of appropriate surgical treatment.

GE - *Jornal Português de Gastroenterologia* 2000, 7: 38-40

CASO CLÍNICO

Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 84 anos, enviada ao serviço de urgência por dor abdominal, vómitos e icterícia, com quatro dias de evolução. Ao exame objectivo, apresentava-se febril (38,4° C), com dor à palpação do epigastro e hipocôndrio direito. Do ponto de vista laboratorial destacava-se: leucocitose

19,9×10⁹/L (3,5-10,5); bilirrubina total: 7,0 mg/dl (0,1-1,1); bilirrubina directa: 5 mg/dl (0,0-0,3); TGO: 130 UI/L (10-42); TGP: 129 UI/L (10-40); γGT: 607 UI/L (15-37); FA: 356 UI/L (32-92); proteína C reactiva: 6,1 mg/dl (0,0-0,1). A ecografia abdominal revelou dilatação das vias biliares intra-hepáticas e da via biliar principal (9,1mm). A vesícula biliar, de parede não espessada, tinha múltiplos ecos litiascos no interior, de pequeno tamanho. Apesar de ter sido introduzida antibioterapia (imipenem, 500 mg, ev, 6/6h), por per-

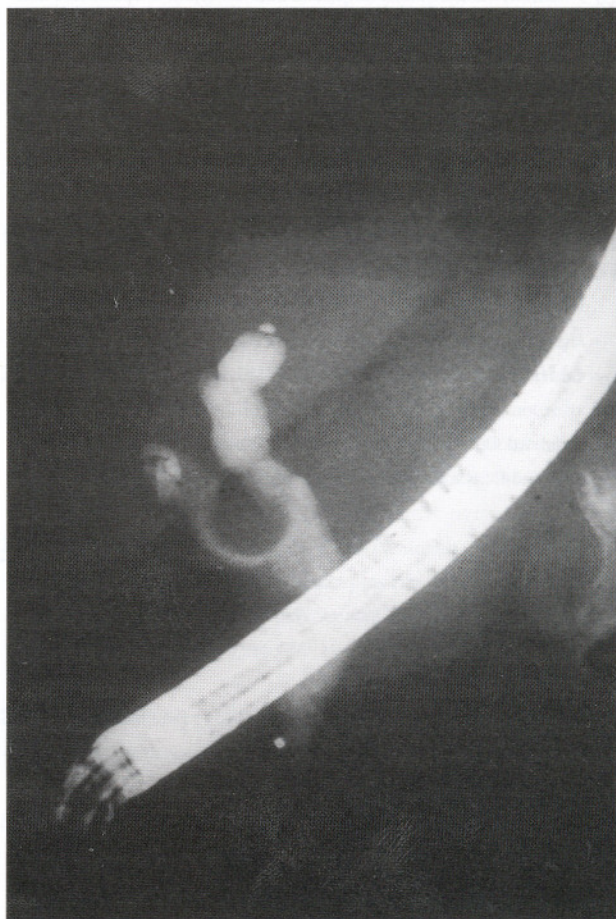


Figura 1 - Colangiograma por CPRE: volumoso cálculo no cístico comprimindo o hepático comum.

(1) Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

(2) Serviço de Cirurgia I dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Recebido para publicação: 22/12/1999

Aceite para publicação: 07/01/2000

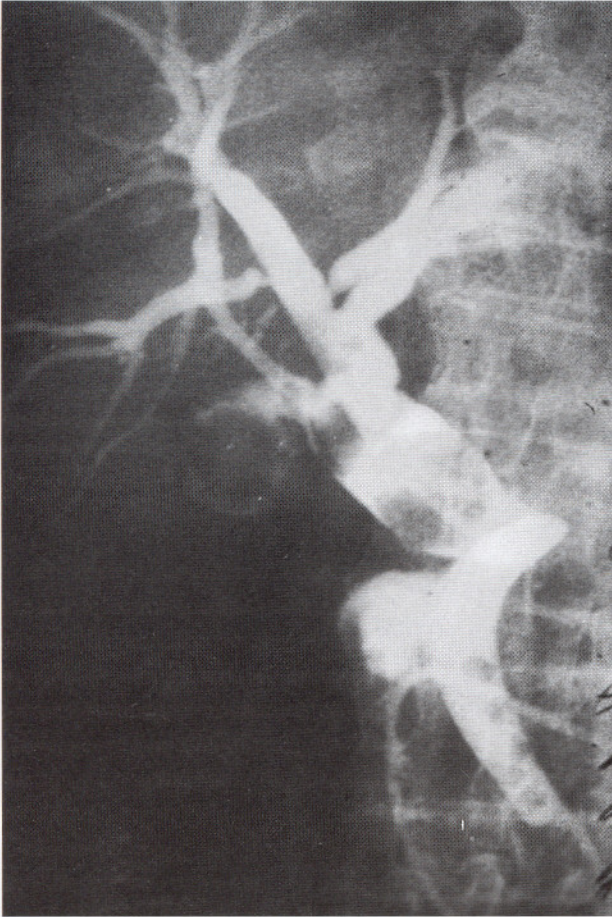


Figura 2 - Colangiograma através do dreno naso-biliar: vários cálculos no cístico, dois deles volumosos que comprimem o hepático comum.

sistência da febre e agravamento laboratorial (bilirrubina directa: 34 mg/dl e leucocitose de $27 \times 10^9/L$), foi efectuada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ao 4º dia de internamento. Identificou-se vesícula biliar multilitiásica e cálculos no cístico, um deles volumoso, comprimindo o hepático comum, estabelecendo-se, assim, o diagnóstico de síndrome de Mirizzi (Figura 1). Foi colocado dreno naso-biliar. Ocorreu desaparecimento da febre e melhoria das provas de colestase e dos parâmetros laboratoriais de infecção. Catorze dias depois, repetiu o colangiograma pelo dreno, com achados sobreponíveis aos descritos anteriormente (Figura 2). Foi submetida a intervenção cirúrgica, observando-se vesícula multilitiásica, volumosos cálculos no cístico, com fístula para o canal hepático comum (Mirizzi tipo II) (Figura 3). Foi realizada colecistectomia, coledocotomia e anastomose hepato-duodenal termino-lateral. Ocorreu boa evolução pós-operatória, clínica e laboratorial.

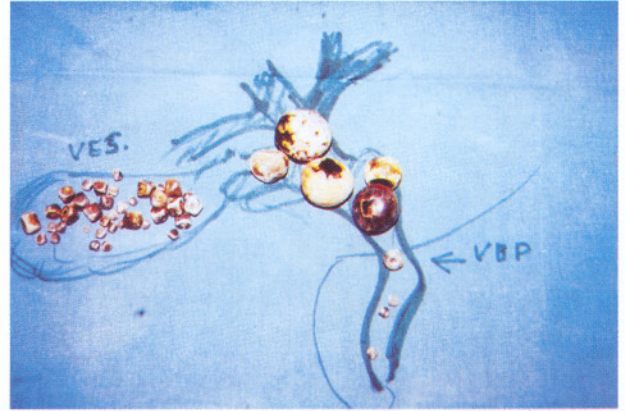


Figura 3 - Montagem ilustrativa do material removido cirurgicamente: vesícula multilitiásica, cálculos volumosos no cístico, com compressão do canal hepático comum e fístulização para o mesmo.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Mirizzi é uma causa rara de icterícia obstrutiva, identificando-se em apenas 0,7 a 1,4% dos doentes submetidos a colecistectomia. Deve-se à impactação de um cálculo no cístico ou no colo vesicular, causando compressão extrínseca do canal hepático comum e inflamação, com (tipo II) ou sem (tipo I) fistulização para o mesmo (1). Devendo ser objecto de tratamento cirúrgico, o diagnóstico pré-operatório é particularmente importante, devido ao elevado risco de lesão iatrogénica da via biliar durante a colecistectomia (1,2). A inflamação vesicular e peri-vesicular, resultante da impactação de cálculo(s) no cístico, dificulta a identificação das estruturas anatómicas. Por outro lado, a presença de fístula para o hepático comum, requer a sua reparação, por coledocoplastia ou anastomose bilio-enterica. A CPRE é a técnica de eleição para estabelecer o diagnóstico, permitindo uma boa definição anatómica da via biliar. Por outro lado, pode ser também terapêutica, permitindo uma abordagem não-cirúrgica, particularmente importante nos maus candidatos cirúrgicos e nos casos de colangite, em que a descompressão prévia da via biliar é essencial (3). Existem vários procedimentos descritos na literatura: descompressão da via biliar, com colocação de dreno naso-biliar ou prótese por via percutânea ou endoscópica, extracção de cálculos com cesta de *Dormia* ou balão, litotricia electrohidráulica ou percutânea, ou administração de substâncias que dissolvem os cálculos. Contudo, a resolução completa da síndrome de Mirizzi sem recurso à cirurgia é rara (2). No caso clínico apresentado a CPRE permitiu o diagnóstico de síndrome de Mirizzi. A presença de fístula

para o hepático comum apenas foi visualizada durante a intervenção cirúrgica, aspecto relativamente frequente. A colocação de dreno permitiu descomprimir a via biliar e fazer regredir o processo infeccioso associado, facilitando desta forma uma abordagem cirúrgica adequada, minimizando o risco de lesão da via biliar (4,5).

Correspondência:

Clotilde Lérias

Hospitais da Universidade de Coimbra

Serviço de Gastrenterologia

Praceta Prof. Mota Pinto

3049 Coimbra

BIBLIOGRAFIA

1. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi Syndrome. *Posgrad Med J* 1997; 73: 487-90.
2. England RE, Martin DF. Endoscopy Management of Mirizzi's Syndrome. *Gut* 1997; 40(2): 272-6.
3. Richard D, Jean Paul Joly D, Dupas JP. Endoscopy Diagnosis and Treatment of Mirizzi's Syndrome. *J Clin Gastroenterol* 1992; 15(4): 343-6.
4. Hazzan D, Golijanin D, Reissman P, et al. Combined endoscopic and surgical management of Mirizzi syndrome. *Surg Endosc* 1999; 13(6): 618-20.
5. Csendes A, Carlos Díaz J, Burdiles P, et al. Mirizzi Syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1989; 76: 1139-43.

