

RESUMO EXPANDIDO - I JORNADA CAMED UNIBH

29 A 31 DE OUTUBRO DE 2018- UNIBH, BELO HORIZONTE- MG

**SÍNDROME DE MIRIZZI: UMA COMPLICAÇÃO DE LITÍASE
BILIAR**

MIRIZZI SYNDROME: A COMPLICATION OF BILIARY LITHIASIS

**Kenya Menezes Brasileiro¹; Tayná Rodrigues Freire¹; Rafaela Tonholli Pinho¹;
Bruna Moraes Lage¹; Ivana Araújo Duval²**

1. Acadêmicas de Medicina do 3º período do Centro Universitário de Belo Horizonte.

kenyambrasileiro@gmail.com; taynarodriguesmed@gmail.com; rafaelatonhollii@gmail.com;
bruna.moraismilage@gmail.com

2. Cirurgiã do aparelho digestivo. Doutora em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 1996. Professora Associada IV do Departamento de Cirurgia da UFMG.

ivana.duval@gmail.com

Resumo: A Síndrome de Mirizzi é uma apresentação rara da litíase biliar geralmente encontrada em pacientes com colelitíase de longa data. Consiste na obstrução tanto do ducto hepático comum quanto do ducto colédoco, devido à compressão por cálculos biliares impactados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula, podendo em alguns casos, ocorrer a erosão da parede dessas estruturas, com impactação do cálculo na via biliar principal. Este relato objetiva apresentar, fundamentado na aplicação do conhecimento anatômico das vias biliares, o caso de três pacientes diagnosticados com Síndrome de Mirizzi. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura, a partir dos bancos de dados Medline, Scielo e Pubmed. A importância do reconhecimento da Síndrome de Mirizzi deriva do alto risco de iatrogenias durante os procedimentos cirúrgicos. Tal fato ocorre devido à inflamação das estruturas envolvidas que pode gerar aderência dos órgãos adjacentes aos ductos, distorcendo a anatomia de algumas estruturas, o que dificulta o reconhecimento e torna perigosa a dissecação desta região. Ademais, a compressão constante pelo cálculo biliar pode resultar não só em fistula colecistobiliar, como também o cálculo pode migrar para a via biliar principal e provocar obstrução da ampola hepatopancreática. Outra complicação que pode ocorrer é a fistula colecistoentérica, na qual o paciente pode apresentar obstrução intestinal pelo cálculo que migra para o sistema digestivo. Portanto, o tratamento cirúrgico da Síndrome de Mirizzi requer habilidade e amplos conhecimentos das relações anatômicas na dissecação da via biliar para realizar a colecistectomia de modo seguro.

Palavras chave: Síndrome de Mirizzi; Coledocolitíase; Litíase biliar.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Mirizzi (SM) é uma complicação rara da litíase biliar, que ocorre, geralmente, em pacientes com colelitíase de longa data. Consiste na obstrução tanto do ducto hepático comum quanto do ducto colédoco devido à compressão extrínseca por cálculos biliares estagnados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar, podendo ocorrer, em alguns casos, a estenose da parede dessas estruturas, com impactação do cálculo na via biliar principal (TORRES; MELO; RODRIGUES et al., 2002). É importante ressaltar que essa afecção não apresenta quadro clínico característico, somente sendo diagnosticada durante o procedimento cirúrgico (LACERDA et al., 2014). Dessa forma, é a causa frequente de conversão da colecistectomia videolaparoscópica, pois, geralmente, seu diagnóstico é feito no intra-operatório, devido ao acesso restrito da população, em geral, a exames que permitem a maior visibilidade dos ductos biliares, como a colangiografia por ressonância magnética. A primeira descrição deve-se a Pablo Mirizzi, em 1948, quando observou alguns fatores que poderiam causar estase biliar extra-hepática em determinados grupos de pacientes portadores de colelitíase (CASCANTE, 2010). Incide geralmente em paciente do sexo feminino e com idade avançada, provavelmente, devido à preponderância feminina para a litíase biliar (MACHADO, 1997). Dependendo do grau de acometimento da via biliar, a SM pode ser organizada em diferentes grupos em ordem crescente de gravidade (CASCANTE, 2010; NAGAKAWA et al., 1997). Existem dois sistemas de classificação da Síndrome de Mirizzi, a de Nagakawa (figura 1) e a de Csendes (figura 2), sendo que esta última é a comumente empregada no âmbito médico. Segundo Nagakawa, no tipo I há estenose do ducto hepático comum causado por um cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo vesicular e não há fistula. No tipo II, observa-se fístula do ducto hepático comum como consequência de cálculo impactado no

ducto cístico ou no infundíbulo. No tipo III, denominado estenose do ducto hepático, há obstrução causada por cálculo na confluência do ducto cístico com o ducto hepático comum. No tipo IV, já está presente a estenose do ducto hepático como consequência da inflamação, porém sem a presença de cálculo no ducto cístico ou no infundíbulo vesicular. De acordo com classificação de Csendes, no tipo I há compressão extrínseca do ducto biliar comum por cálculo no colo vesicular ou ducto cístico. No tipo II há fístula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 da circunferência do ducto biliar comum. Já no tipo III, há erosão com diâmetro superior a 2/3 da circunferência do ducto biliar comum, e no tipo IV há destruição completa do ducto biliar comum e tipo V, qualquer das anteriores associados a fístula colecistoentérica (sendo Va sem impactação do cálculo na junção ileocecal e Vb com impactação). Levando em consideração a classificação de Csendes, o objetivo deste trabalho é, a partir de uma abordagem anatômica, apresentar e discutir três relatos casos de pacientes diagnosticados com Síndrome de Mirizzi durante videolaparoscopia para tratamento da litíase biliar, ressaltando aspectos epidemiológicos. Tal fato é essencial para ampliar a visibilidade na SM no âmbito médico e para buscar a melhor abordagem terapêutica para o paciente acometido por essa patologia.

Figura 1: Classificação da Síndrome de Mirizzi segundo Nagakawa

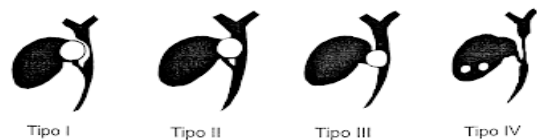
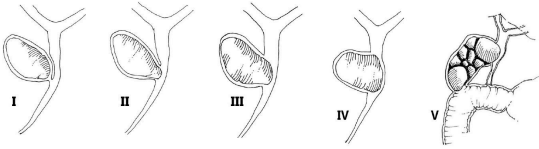


Figura 2: Classificação da Síndrome de Mirizzi segundo Csendes



2 . METODOLOGIA

Este é um estudo de relato de caso baseado na revisão de literatura. Para isso, foram selecionados artigos do período de janeiro 1990 até janeiro de 2017 que abordaram a Síndrome de Mirizzi. Os bancos de dados utilizados na pesquisados foram: Medline, Scielo e Pubmed.

3 . RESULTADOS E DISCUSSÃO

WBS, 41 anos, masculino, motorista de coletivo, com história de colecistolitíase com cerca de doze anos de evolução. Procurou atendimento médico devido ao agravamento dos sintomas. Não apresentava morbididades. Ultrassonografia mostrou vesícula escleroatrófica, sem sinais de obstrução biliar. Foi submetido a colecistectomia videolaparoscópica e, durante procedimento, havia grande distorção dos elementos da região. Colocado clipe metálico em estrutura próxima à borda hepática, identificado inicialmente como ducto cístico. Durante dissecação da borda da vesícula, houve sangramento arterial importante, sendo indicada conversão para laparotomia. Identificada lesão de artéria hepática direita, foi diagnosticado Mirizzi tipo II é feita ligadura e remoção da vesícula biliar. No 10º dia pós-operatório, paciente apresentou icterícia, sendo feito diagnóstico

pela colangiografia por ressonância nuclear magnética de ligadura do ducto hepático comum. Submetido a uma nova intervenção cirúrgica, feita anastomose biliodigestiva com boa evolução pós-operatória.

I.L.A., 47 anos, feminino do lar, com história de colecistolitíase com nove anos de evolução. Apresentou piora da sintomatologia, procurou atendimento para colecistectomia. Hipertensa bem controlada, sem sinais de icterícia. Ultrassonografia mostrou vesícula escleroatrófica. Durante colecistectomia videolaparoscópica, identificado ducto aderido à vesícula biliar, que apresentava cálculo impactado, e septo em segmento da vesícula que tinha localização intra-hepática. Feita ligadura e secção do ducto, percebendo-se aí saída de bile em segmento proximal. Feito diagnóstico de lesão de vias biliares indicou-se conversão para laparotomia, onde se identificou Síndrome de Mirizzi tipo III. Feita anastomose biliodigestiva, paciente recebeu alta com boa evolução pós-operatória.

M.S.A., 69 anos, feminina, do lar, com história de diagnóstico de colecistolitíase há 30 anos. Apresentava crises de cólica eventuais, mas adiou a cirurgia por outros problemas. Tinha hipotireoidismo e hipertensão, submetida à colecistectomia videoassistida, que foi convertida para via aberta por intenso processo fibrótico, sem identificação de estruturas do pedículo biliar, e diagnóstico de Mirizzi tipo II. Feita colecistectomia, com identificação da artéria cística, mas sem identificação do ducto cístico, com sutura de reparo em ducto colédoco. Apresentou boa evolução pós-operatória.

Diante dos casos apresentados, verifica-se que a importância do reconhecimento da Síndrome de Mirizzi deriva do alto risco de lesões iatrogênicas durante os procedimentos cirúrgicos. Tal fato ocorre devido ao processo inflamatório das estruturas envolvidas, que pode apresentar distorções da anatomia habitual derivada da aderência dos órgãos

adjacentes aos ductos, resultando no não reconhecimento das estruturas da região, especialmente, da área do triângulo hepatocístico, formado pelo ducto hepático comum, pelo ducto cístico e pela borda inferior do fígado (MACHADO, 2018). Esse processo inflamatório pode também ser responsável pela formação de firmes aderências entre a vesícula e o ligamento hépato-duodenal devido a formação do ducto colédoco próximo da porta do fígado (STANDRING et al., 2011), o que distorce sua anatomia, tornando perigosa a dissecação desta região levando-se em consideração que o ligamento abrange a veia porta e a artéria hepática própria. Além disso, outro fato que torna ainda mais cautelosa a cirurgia de um paciente com SM é que a compressão constante pelo cálculo biliar pode resultar em fístula entre o infundíbulo da vesícula ou o ducto cístico e a via biliar extra-hepática, o que promove o deslocamento do cálculo, podendo gerar a estase biliar e, conseqüentemente, icterícia. Percebe-se que, frequentemente, podem ocorrer não só fístula colecistobiliar como também o cálculo pode migrar para a via biliar principal e provocar obstrução completa da ampola hepatopancreática, o que pode resultar em retenção do suco pancreático e de bile nas vias biliares e, até mesmo, no parênquima pancreático, gerando pancreatite. Outra complicação que pode ocorrer é a fístula colecistoentérica, na qual o paciente pode apresentar obstrução intestinal pelo cálculo que migra para o sistema digestivo naqueles casos onde há fístula para o estômago, ou duodeno, ou jejuno, ou íleo ou cólon transversal (LACERDA et al., 2014; MACHADO, 1997). Como não há sintomas específicos de Síndrome de Mirizzi, a fim de evitar que tal complicação ocorra, é necessário tratar precocemente a colelitíase. Os principais indícios são dor abdominal no epigástrico ou no hipocôndrio direito, a qual pode irradiar para o dorso, seguida de icterícia e de colangite (TORRES; MELO; RODRIGUES et al., 2002; GIL, 2017). Podem se associar também

náuseas, vômitos, colúria, hepatomegalia e, menos frequentemente, pancreatite aguda, perfuração da vesícula biliar e perda ponderal (TORRES; MELO; RODRIGUES et al., 2002). Em relação ao diagnóstico, a ultrassonografia abdominal, as tomografias computadorizadas e as colangiografias por ressonância nuclear magnética podem auxiliar no diagnóstico ou mesmo levar à suspeição. O primeiro método nos informa sobre o estado da via biliar, a presença de cálculos, o tamanho e localização destes, a espessura da parede da vesícula, o diâmetro das vias biliares e descarta outras doenças que provocam icterícia obstrutiva. A colangiografia por ressonância magnética determina com maior precisão a zona de obstrução, delimita o cálculo causador da mesma e põe em evidência uma fístula biliar cuja presença confirma o diagnóstico (MACHADO, 1997). Em relação à epidemiologia da SM, percebe-se que um estudo retrospectivo realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), durante os períodos dezembro de 2001 a setembro de 2013, apontou que dos 3.691 pacientes internados para tratamento de cálculos biliares 23 (0,6%) apresentavam SM⁸. Além disso, há um predomínio de SM em mulheres na média de idade de 55,6 anos, compatível com valores da literatura que mostram incidência aproximada de 70% em mulheres com idades entre 53-70 anos (BELTRÁN, 2012). Ademais, devido à raridade de ocorrência dessa patologia, há poucos dados epidemiológicos expressivos.

4. CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico da Síndrome de Mirizzi requer habilidade e amplos conhecimentos das relações anatômicas na dissecação da via biliar para realizar a colecistectomia. Tal fato é essencial para a análise segura dos ductos biliares e da vesícula biliar e para a

retirada dos cálculos, evitando qualquer iatrogenia nesses órgãos.

REFERÊNCIAS

BELTRÁN, Marcelo. Síndrome de Mirizzi: História, conhecimento atual e proposta de classificação simplificada. **World Journal Of Gastroenterology**, La Serena, v. 18, n. 34, p.50-24, 14 set. 2012.

CASCANTE, Brenda Salazar. Cirurgia de Vias Biliares: Síndrome de Mirizzi. **Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica**, Costa Rica, v. 67, n. 2, p.291-294, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=27820>>. Acesso em: 01 set. 2018.

GIL, Jesús Miguel Galiano et al. Síndrome de Mirizzi tipo V, entidad infrecuente y compleja. **Revista Cubana de Cirurgia**, La Habana, v. 56, n. 1, p.27-33, mar. 2017.

LACERDA, Patricia de Souza et al. Mirizzi Syndrome: a surgical challenge. **Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva**, Manaus, v. 27, n. 3, p.226-227, set. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676377/>>. Acesso em: 01 set. 2018.

MACHADO, Marcel Autran C. Colecistectomia Videolaparoscópica em paciente com Síndrome de Mirizzi. **Revista Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 6, p.324-327, jan. 1997. Disponível em:

<<http://www.drmarcel.com.br/PDF/B35%20Mirizzi.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2018.

NAGAKAWA, Takukazu et al. A new classification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic viewpoints. **Hepatogastroenterology: Current medical and surgical trend**, Kanazawa, v. 44, n. 13, p.63-67, jan. 1997. Mensal.

REVERDITO, Ronald et al. Mirizzi syndrome grades III and IV: surgical treatment. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, n. 4, p.243-247, ago. 2016.

STANDRING, Susan et al. **Gray's anatomia: a base anatômica da prática clínica**. 40. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 20 p.

TORRES, Orlando Jorge Martins; MELO, Lucy Anne Lopes; RODRIGUES, Carlos Eduardo Corrêa. Síndrome de Mirizzi. **Revista do Hospital Universitário/ufma**, São Luis, v. 2, n. 3, p.41-43, jan. 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Luiz_Brito3/publication/268215610_Lipoido_Proteinose_em_Pele_e_Mucosas/links/54a818270cf267bdb90b2fee.pdf#page=41>. Acesso em: 01 set. 2018.