

11209  
98  
20



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO "LA RAZA"

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DPTO. DE CIRUGIA

FACULTAD  
DE MEDICINA  
ABR. 26 1994  
SECRETARIA DE SERVICIOS  
ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
MEDICINA

# SINDROME DE MIRIZZI



hospital de especialidades  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO DE EDUCACIONISTA  
EN INVESTIGACION MEDICA  
CIRUGIA**

S I S  
EN:  
GENERAL

P R E S E N T A ;  
DR. LAZARO RODRIGUEZ GUTIERREZ



ASESOR DE TESIS  
DR. JESUS ARENAS OZUNA

MEXICO D. F.



1994

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quiero expresar mi profunda gratitud a mi maestro el Dr. José Fenig Rodríguez Jefe del Servicio de Cirugía General - Del HE CMR. Por su entrega al apoyo intelectual y académico. Así como a todos y cada uno de los Médicos de Base de este Hospital, sin palabras para alabar su magnífica colaboración y paciencia en el adiestramiento de sus residentes .

L. RODRIGUEZ G.

A mis padres y hermanos ,  
por su apoyo y comprensión  
siempre incondicional.

A mis maestros, por su  
colaboración en mi desarrollo  
profesional, mi mas sincero  
agradecimiento.

A todas aquellas personas  
que me han brindado su  
apoyo.

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
MATERIAL Y METODO .....	3
RESULTADOS .....	4
DISCUSION .....	5
FIGURA .....	9
TABLA .....	10
BIBLIOGRAFIA .....	11

## INTRODUCCION.

El síndrome de Mirizzi es definido como una obstrucción del conducto hepático común secundario a una compresión externa e inflamación contigua causada por un lito en el conducto cístico (1). Esta entidad poco común fué descrita por vez primera por Kerr en 1905 y Ruge en 1908. En 1948 P.L. Mirizzi cirujano argentino reportó acerca del "Síndrome Funcional Hepático" que consistía en la combinación de un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar en el conducto cístico y un trastorno funcional del -- "Mecánismo Esfinteriano" del hepático común, el cual era anatómicamente normal (1,2,3,4).

Mirizzi P.L. postuló que varios factores podrían determinarlo o predisponer a la contracción del "Esfinter" y entre éstos consideró la presencia de cálculos impactados en el cístico o en el cuello de la vesícula. En la actualidad sabemos que éste esfínter anatómico no existe (4).

En su fisiopatología se han mencionado los siguientes factores :  
1 ) Variación anatómica del conducto cístico o del cuello de la vesícula, los cuales, se encuentran adheridos o corren paralelos al conducto hepático común. 2 ) La presencia de un lito impactado en el conducto cístico o cuello de la vesícula. 3 ) Obstruc

ción mecánica parcial del conducto hepático común por compresión directa de ambos o por inflamación y edema. 4) Ictericia. A.Csendes ha encontrado la presencia de un conducto cístico anómalo: - paralelo al hepático común y de inserción distal. Sin embargo, - el conducto cístico es tan variable en longitud, curso y lugar - de inserción que es difícil definir su anatomía normal (4,5,6,7, 8). Muy probablemente la única consecuencia que comporta esta variación anatómica es la explicación del por que la compresión/fistulización puede situarse en la vía biliar proximal o en el colédoco (9,10). En este último caso, el síndrome de Mirizzi se considera cuando la clínica y los hallazgos intraoperatorios son - compatibles con obstrucción biliar pero la exploración quirúrgica de la vía biliar o la localización del posible cálculo coledociano es extraordinariamente difícil (4,11).

En realidad es una complicación de colelitiasis crónica y muy - probablemente por la presencia de fistulas colecistocolodocianas -en hepático común, colédoco- son estadios del primer proceso - (6,8).

Mirizzi reportó una frecuencia de 7 casos en 4000 pacientes operados de colelitiasis (1). A.Csendes la observó en el 1.3% de 17,395 pacientes colecistectomizados (6,8).

Clinicamente la mayoría de los pacientes se presentan con ictericia con o sin colangitis, por lo que el diagnóstico preoperatorio se documenta en la utilización de técnicas de imagen: colangiografía intravenosa, percutánea, transoperatoria, ultrasonografía, tomografía axial computarizada y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. La radiografía simple de abdomen y la colecistografía oral, sólo excepcionalmente sugieren el diagnóstico (4,8,12,13,14,15,16,17,18,19,20).

No obstante, apesar de la utilización de estas técnicas de imagen el diagnóstico preoperatorio del síndrome de Mirizzi sigue siendo difícil. Por lo que habitualmente es hallazgo transoperatorio al ejecutar la colecistectomía y/o exponer la vía biliar (6,8,11,12,20).

#### MATERIAL Y METODO .

Con el objeto de conocer la presencia del síndrome de Mirizzi en pacientes a quienes se les efectuó colecistectomía se decidió -- realizar un estudio retrospectivo, observacional en pacientes -- del servicio de Cirugía General ingresados con el diagnóstico de colecistitis crónica litiasica del 1o. de enero de 1982 al 31 de diciembre de 1993 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Del cuadro clínico se registrarán los variantes de edad, sexo, cuadro clínico, diagnóstico, hallazgos, cirugía realizada y morbilidad.

#### RESULTADOS .

Se detectaron 2,803 casos de colecistitis crónica litéica. En 5 casos (0.18%) se diagnóstico el síndrome de Mirizzi; de los cuales, tres pacientes (60%) correspondieron al sexo femenino y dos (40%) al masculino, el rango etario fue de 35 a 62 años; con una media de 50.2 años .

El tiempo de evolución fue de 6 meses a 14 años, con un promedio de 5.4 años .

El cuadro clínico se caracterizo por dolor en hipocondrio derecho en 4 pacientes (80%), ictericia en 4 (80%), pérdida de peso en 2 pacientes (40%), fiebre en 2 (40%), náusea y vómito en 3 (60%) .

En los 5 pacientes (100%) se estableció el diagnóstico durante el transoperatorio. Los exámenes de gabinete incluyeron Ultrasonografía en 80%, colangiografía percutánea 40%, simple de abdomen 100% los que no fueron concluyentes para establecer el diagnóstico .

Los exámenes de laboratorio más significativos fueron las Pruebas de Función Hepática los que mostraron elevación de la bilirrubina directa en el 60% de los casos.

El manejo quirúrgico realizado en 4 (80%) de los casos fue la colecistectomía y en 1 (20%) colecistostomía, en 3 (60%) se realizó exploración de la vía biliar y en 1 (20%) se efectuó hepático yeyuno anastomosis en "Y" Roux.

De acuerdo con la clasificación de A. Csendes (Figure 1), 4 se ubicaron en el tipo I y uno del tipo IV.

La morbimortalidad fue de cero.

#### DISCUSION.

La frecuencia del síndrome de Mirizzi en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza es del 0.19% de 2,603 pacientes con colecistitis crónica litiasica.

De manera semejante a lo comunicado en diversas series publicadas es la siguiente ; P.L. Mirizzi (1) 7 casos de 4000 pacientes Tulassay (13) lo observa en 0.5% de 9,286 colangio-pancreatografías endoscópicas, pero no señala la conformación quirúrgica, A. Csendes y cols (6) en el 1.3% de 17,345 pacientes colecistectomizados, Mishra N. (21) en el 1.4% de 350 colecistectomías y Koreira (6) en 6 casos de 3,970 colecistectomías.

El predominio del sexo femenino (80%) también fue similar a lo reportado en la bibliografía y se justifica por ser más común la colelitiasis en éstas (11).

El cuadro clínico se caracterizó por ictericia y dolor en hipocóndrio derecho como se reporta en varias revisiones (6,8,11,22) no obstante los factores clínicos no son diagnósticos de fístulas colelitobiliares pero sí ayudan a reconocer su presencia.

El diagnóstico se estableció durante el transoperatorio en todos los casos; sin embargo, la metodología de estudio en el preoperatorio comprendió ultrasonografía en 80%, colangiografía percutánea 40% y pocas al ple de cholangiografía de los casos los que no fueron concluyentes para el diagnóstico, éste se estableció durante el transoperatorio en todos los pacientes, metodología que no difiere de lo mencionado en la literatura mundial (6,8,11,12,21,22).

El diagnóstico del síndrome de Mirizzi continúa siendo difícil, Blumgart L.H. afirma que cuando clínicamente se sospeche este síndrome -paciente con colelitiasis crónica que desarrolla ictericia y colangitis- no se intentaría la intervención quirúrgica sin una colangiografía retrógrada endoscópica o colangiografía percutánea preoperatoria, los cuales permiten su diagnóstico y -

la estrategia quirúrgica, a propósito, Khawaja en 1,89 (tabla 1) reporta una nueva clasificación basada en imágenes vistas en la colangiopancreatografía retrograda endoscópica. Con respecto a los exámenes de laboratorio las más significativas son las Pruebas de Función Hepática que mostrarán elevación de bilirrubina directa en el 60% de los casos, hechos que coinciden con lo reportado en la literatura (6,7,8,11,12,14,15,16,17,18,19,20,21).

El diagnóstico diferencial se debe efectuar con: estenosis de la vía biliar, compresión extrínseca proximal del colédoco, colangitis esclerosante primaria con estenosis única predominante en el hepático común, colangitis esclerosante secundaria y el quiste hidatídico hepático, el colangiocarcinoma, carcinoma de la vesícula biliar y/o cístico, metástasis a ganglios perihiliares — (linfomas, adenocarcinomas), hepatocarcinoma invadiendo la vía biliar, pancreatitis crónica, el pseudoquiste de páncreas, el carcinoma pancreático y el de colédoco, los que se corroboran mediante la colangiopancreatografía retrograda endoscópica, colangiografía percutánea, tomografía axial computarizada y ultrasonografía (6,7,9,10,18,20,23,24).

El tratamiento quirúrgico más frecuente fué la colecistectomía y exploración de la vía biliar en 3 pacientes (60%), hepaticoyeu-

no se observó en "Y" Roux en 1 (20%) y colecistostomía en otro (20%). De acuerdo con la clasificación de Stender, 4 de estos correspondieron al tipo I y el otro al tipo IV. El caso que difirió, ya que en su reporte los tipos II y III fueron los más frecuentes de su serie (3).

El estudio de patología reportó colecistitis crónica xantogramulosa y aguda, con hialinización y calcificación focal de la pared vesicular y colelitiasis, de manera similar a lo reportado en la literatura (4,6,8,10,11).

La morbimortalidad fue de cero, lo que difiere de lo reportado por Osendes, quien la informa para el tipo I 13%, tipo II 20%, tipo III 37% y tipo IV 9%.

Recientemente, se ha publicado la experiencia de colecistectomía por laparoscopia con colocación de tubo "T" en un paciente con alto riesgo quirúrgico, otros métodos de tratamiento no quirúrgico como la litotricia extracorpórea, cateterización retrógrada de la vesícula en un síndrome de Mirizzi atípico por un mucosela vesicular y la litotricia electrohidráulica percutánea asociada a la colocación de una endoprotesis biliar (25,26,27).

ESTADIOS EN EL DESARROLLO DE EL SINDROME  
DE MIRIZZI Y FISTULA COLECISTOBILIAR.

A. CSENDES Y COLS.

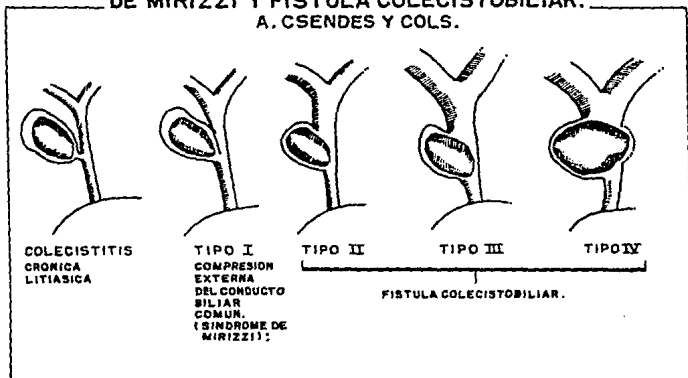


Fig. 1.

**CLASIFICACION PROPOSTA PARA EL SINDROME DE MIRIZZI.**

**TIPO I :** Forma clasica; Fusión de artenosis del conducto cístico común.

**TIPO II:** Forma variable; Compresión del cálculo al conducto hepático común desde fuera.

**II A:** Conducto cístico visualizado.

Grupo 1: Conducto cístico dilatado (lateral o medio)

Grupo 2: Conducto cístico no dilatado (lateral o medio)

**II B:** Conducto cístico no visualizado.

**TIPO III:** Obstrucción retrograda completa del conducto hepático común / conducto colélico, en su unión.

**Tab. 1.**

F.I. Khawaja. Mirizzi Syndrome: A new classification based on cholangiographic features seen on ERCP. Gastroenterology; May, 1989; 96: A 255.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Mirizzi F.L. Síndrome del conducto hepático. J. Int. Cir. 1934 88: 727-77.
2. Kehr, H. Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallenstein Operationen, mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Drogenverfolgung. München: J.F. Lehmann, 1905. Cited as: Dewar G. Operative strategy in Mirizzi syndrome. Surgery, gynecology & obstetrics. August 1990. Volume 171.
3. Hage, E. Beiträge zur Chirurgischen Anatomie der grossen Gallenwege ( ductus hepaticus, choledochus und pancreaticus). Arch. Clin. Chir., 1908, 78: 47. Cited as: Dewar G. Operative strategy in Mirizzi syndrome. Surgery, gynecology & obstetrics. August 1990. Volume 171.
4. Starling M.D. And Matallana H.D. Benign mechanical obstruction of the common hepatic duct ( Mirizzi syndrome). Surgery Nov. - 1980. Vol. 88, No.5 (737 - 749).
5. Dewar G., Chung S. and Arthur K.C. Operative strategy in Mirizzi syndrome. Surgery, gynecology & obstetrics. August 1990 . Vol. 171 (157 - 159).
6. Moreira V, Argila M. and Lopez San Roman. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el síndrome de Mirizzi. Rev. Esp. Enf. Digest. 81, 6, 1992 (427 - 433).



7. Blumgart L.H. Surgery of the liver and biliary tract. Edinburgh Churchill. Livingstone, 1988.
8. A. Osendes, Diaz J.C. y Bardiles F. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: A unifying classification. Br. J. Surg. - Nov. 1989 Vol. 76 ( 1139 - 1143 ).
9. Dicklake R. and Haick D.J. Mirizzi syndrome an uncommon cause of biliary obstruction. Am Surg. 1990; 40; (260-262).
10. Witte C. Choledochal obstruction by cystic duct stone. Mirizzi syndrome. The Am Surg. May 1984. Vol. 50. No.5 (241 - 243).
11. Yip A., Chow W. and Chan J. Mirizzi syndrome with cholecystocholedochal fistula: preoperative, diagnosis and management. Surgery. March 1992 Vol. 11. No: 3 ( 335- 338).
12. Bner H, Matthews J., Gertsch P. and L.H. Blumgart. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystocholedochal fistula. Br. J. Surg. July 1990. Vol. 77 , (743- 745).
13. Tulassay Z. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in Mirizzi syndrome. The Am. J. of Gastroenterology. Nov. 1987 , Vol.82, No.4 (391-392).
14. Schreiber J, Rosental L, Scovill and Nelson A. The Mirizzi -- syndrome: preoperative diagnosis by endoscopic retrograde cholangiography. G. Endoscopy. Vol. 34, No. 3., 1988 (289 - 290)

15. Alberti-Flor J, Iskander M, Jeffers I. and Schiff E. Mirizzi syndrome. The Radiology Corner. The Am. J. of Gastroenterology. Oct. 1985, Vol.80, No.10 (822-823).
16. Ravo B., Epstein H., Mendicino S. and Ger R. The Mirizzi syndrome: preoperative diagnosis by sonography and transhepatic cholangiography. The Am. J. of Gastroenterology 1986, Vol. 81 No.6 (608 - 610).
17. Balzhizer B. The Mirizzi, inflammatory stricture of the common duct. The Radiology Corner. The Am. J. Gastroenterology 1975, Vol.64 (144-148).
18. Kusher D., Madayag M. and Tobias H. Carcinoma of the gallbladder a diagnosis aided by endoscopic retrograde and percutaneous hepatic cholangiography. The Am. J. Gastroenterology --- 1986, Vol. 81, No.8 (72-83).
19. Khawaja F.I. Mirizzi syndrome: A new classification based on cholangiographic features seen on ERCP. Gastroenterology May. 1989. 96: A 255 .
20. Montefusco F., Spier N. and Geiss A. Another Facet of Mirizzi syndrome. Arch. Surg. Oct. 1983, Vol.118 .
21. Mishro K., Vashishata S. and Tandon R. Biliary fistula: preoperative fistula and management. implications. Surgery 1980 : 108 : 835-839.

22. Cottler D.F., Mc Kay C. and Anderson J.R. Subtotal colectomy. Br. J. Surg. 1981, Vol. 78, Nov. (1320-1328).
23. Qualker J.K. and Kanzer B.F. Carcinoma of the cystic duct mimicking the Mirizzi syndrome. The Am. J. Gastroenterology . Dec. 1982 Vol. 77, No.12 ( 936-938).
24. Bakshi S.D., Das S. and Sengupta. Mirizzi syndrome in a patient with carcinoma of the gallbladder. Br. J. Surg. 1980; 77; (743-5).
25. Binnie K.R., Nixon S.J. and Palmer K.R. Mirizzi syndrome managed by endoscopic stenting and laparoscopic cholecystectomy. Br. J. Surg 1992. July, Vol. 79 (647) .
26. Martin D.F., Tweedle Def. and Rao P.H. Endoscopic gallbladder catheterisation and extracorporeal shock wave lithotripsy in the management of Mirizzi syndrome endoscopy 1988; 20; ( 321-322).
27. Garms S.R., Watson G.H., Lees W.R. and Salomon P.R. Percutaneous lithotripsy and endoprosthesis: A new treatment for obstructive jaundice in Mirizzi syndrome. Br. Med. J. 1987; 295:1148.