

## Síndrome de Mirizzi tipo V, entidad infrecuente y compleja

### Mirizzi's syndrome type V, a rare and complex entity

Jesús Miguel Galiano Gil, Orlando Pacheco Ferrer, Yosmel Hernández Ortíz, Yuranis Gárciga Martín

Hospital Universitario "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

El síndrome de Mirizzi es una inflamación poco frecuente y crónica ocasionada por un cálculo impactado en la bolsa de *Hartmann* con obstrucción parcial o completa del conducto biliar principal, que infiere un difícil diagnóstico preoperatorio y controversial manejo terapéutico. El objetivo dle trabajo fue exponer el tratamiento de cinco pacientes con diagnóstico de síndrome de Mirizzi tipo V. Se realizó una revisión de las bases de datos Pubmed, Dynamed y Conchrane en busca de artículos relacionados. Se presentó el tratamiento de esta entidad en cinco pacientes teniendo en cuenta la experiencia del autor y los hallazgos de la revisión realizada. La cirugía convencional es la vía ideal de acceso para el tratamiento de esta entidad utilizando las derivaciones bilioentéricas en sus variantes. Un alto índice de sospecha se requiere para un diagnóstico preoperatorio e intraoperatorio certero, con una óptima planificación quirúrgica.

**Palabras clave:** síndrome de *Mirizzi*; colecistectomía; derivación bilioentérica; hepaticoyeyunostomía en Y de *Roux*.

---

#### ABSTRACT

Mirizzi's syndrome is a rare and chronic inflammation caused by a gallstone impacted in the Hartmann's pouch with partial or complete obstruction of the main bile duct, which results in difficult preoperative diagnosis and controversial therapeutic management. To present the treatment of five patients diagnosed with

Mirizzi's syndrome type V. A search for articles was carried out in the databases *Pubmed*, *Dynamed* and *Conchrane*. The treatment of this entity was presented in five patients, taking into account the author's experience of the review's findings. Conventional surgery is the ideal access route for this entity's treatment using bilioenteric bypass in its variants. A high index of suspicion is required for accurate preoperative and intraoperative diagnosis, with optimal surgical planning.

**Key words:** Mirizzi's syndrome; cholecystectomy; bilioenteric bypass; Roux-en-Y hepaticojejunostomy.

## INTRODUCCIÓN

En 1948, Pablo Luis Mirizzi describió un síndrome consistente en ictericia obstructiva por compresión extrínseca benigna del conducto hepático común: síndrome de Mirizzi (SM) (Fig. 1). Esta entidad es una complicación poco frecuente de enfermedad biliar, que infliere un diagnóstico preoperatorio difícil, así como controversias en el manejo terapéutico de estos casos.<sup>1</sup>



**Fig. 1.** Diagrama del síndrome de Mirizzi.

El síndrome de Mirizzi (SM) es el resultado de la inflamación aguda y crónica ocasionada por un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann o el conducto cístico, con obstrucción parcial o completa del conducto biliar principal (CBP). En la medida que el proceso inflamatorio avanza, puede producirse una obstrucción, necrosis e incluso fístula biliar interna con el CBP o el tracto digestivo; con una frecuencia, aproximadamente de 0,7 % a 3 % de los pacientes sometidos a colecistectomía.<sup>2-5</sup>

Varias clasificaciones se han usado para ordenar los diferentes tipos del SM en dependencia del grado de comunicación colecistocoleocal. Entre ellas se destaca la de *Csendes* y colaboradores (1989); en la que recalca la oclusión gradual de la luz del CBP en tercios hasta el tipo IV que implicaba la destrucción total de la pared.<sup>6</sup> En 2007, *Csendes* adicionó a esta última categorización el tipo V. Esta incluía, además de cualquier estado patológico de los descritos anteriormente, la presencia de una comunicación con el tracto gastrointestinal.<sup>7,8</sup>

El diagnóstico y tratamiento de los pacientes que padecen de SM infiere dificultades técnicas complejas, comparado con la terapéutica de la enfermedad litiasica vesicular no complicada. Esencialmente, debido a la inflamación resultante, las alteraciones de la anatomía biliar convierten al proceder quirúrgico en un evento peligroso, complejo y riesgoso, que podría llevar accidentalmente a la temible lesión de las vías biliares.<sup>3,4,8</sup> El objetivo del presente trabajo fue exponer el tratamiento de cinco pacientes con diagnóstico de síndrome de Mirizzi tipo V.

## PRESNTACIONES DE CASO

### CASO CLÍNICO 1

Paciente femenina de 49 años, obesa que padece diabetes tipo II. Presenta íctero intermitente, colangitis recurrente, colestasis química. El ultrasonido (US) muestra litiasis gigante en cuello vesicular. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) muestra CBP parcialmente estenosado.

Laparotomía: Mirizzi V (*Csendes, 2007*) Afectación de 2/3 de la circunferencia de la VBP con fístula colecistoduodenal (Fig. 2).



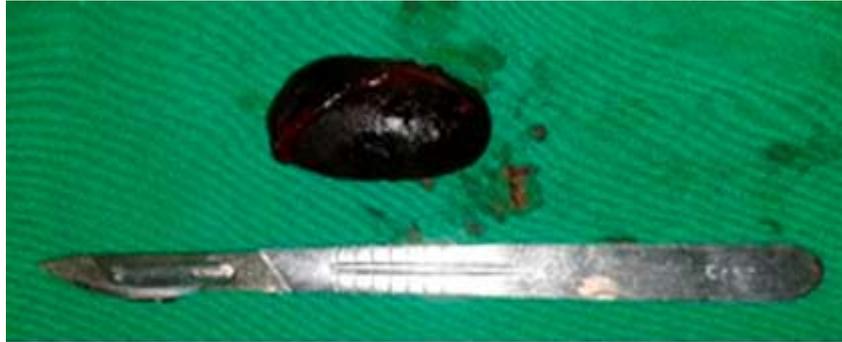
**Fig. 2.** Síndrome de Mirizzi tipo V por cálculo de 5 cm.

Se realizó colecistectomía y luego de una amplia maniobra de *Kocher*, se efectuó coledocoduodeno anastomosis latero-lateral. La evolución fue favorable.

### CASO CLÍNICO 2

Paciente femenina de 55 años, obesa. Presenta íctero mantenido, colangitis recurrente y colestasis química. El US y TAC abdominal muestran litiasis vesicular gigante. Existe una sospecha de malignidad; la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) muestra CBP estenosado y tumor vesicular.

Laparotomía: Mirizzi V (*Csendes, 2007*) Fístula colecistoduodenal. Hubo una destrucción total de la pared del CBP hasta la bifurcación de los hepáticos (Fig. 3).



**Fig. 3.** Destrucción total de la pared del CBP hasta litiasis gigante la bifurcación de los hepáticos con fistula colecistoduodenal.

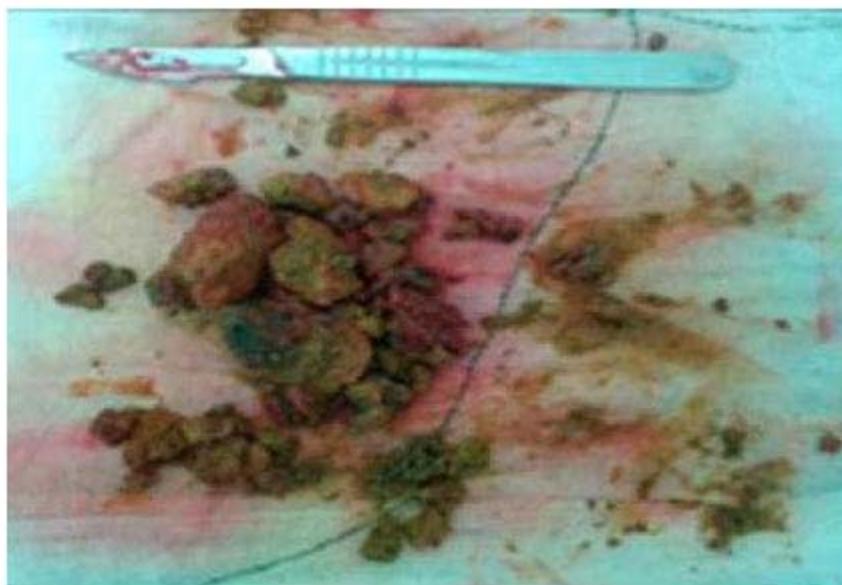
Se realizó colecistectomía y duodenorrafia. La continuidad biliar se restauró mediante una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux (Hepp-Couinaud) con acceso permanente mediante asa yeyunal subcutánea.

### CASO CLÍNICO 3

Paciente femenina de 51 años, obesa. Presenta ictero mantenido, colangitis recurrente, Colestasis química. El US y TAC arrojan como resultado litiasis vesicular gigante. La CPRE resultó fallida por papila de *Váter* dentro de divertículo duodenal.

Laparotomía: *Mirizzi V* (*Csendes*, 2007). Fístula Colecistoduodenal. Hubo una afectación de 1/3 de la circunferencia del CBP.

Se realizó colecistectomía conservando el segmento vascularizado del bacinete con el que se cerró el CBP apoyado en una sonda en T que se deja en su interior más duodenorrafia (*Fig. 4*).



**Fig. 4.** Gran lito vesicular que obligó a su desfragmentación para evitar una mayor afectación del CBP.

#### CASO CLÍNICO 4

Paciente masculino de 63 años, obeso. Presenta plastrón vesicular que se difiere su tratamiento definitivo, íctero transitorio, colestasis química. El US y TAC demuestran litiasis vesicular grande. Hubo un amontonamiento de asas en proyección de hipocondrio derecho. La CPRE resultó no disponible.

Laparotomía: *Mirizzi V* (*Csendes, 2007*). Afectación de 1/3 de la circunferencia del CBP.

Fístula colecistocólica (ángulo hepático del colon) (Fig. 5).



**Fig. 5.** Gigante lito vesicular con destrucción 1/3 de la circunferencia del CBP.

#### CASO CLÍNICO 5

Paciente femenina de 63 años, obesa con íctero mantenido, colangitis recurrente, colestasis química. El US y TAC arrojan como resultado la presencia de un lito vesicular gigante versus tumor. La CPRE resultó fallida al no poder canular la papila de *Váter*.

Laparotomía: *Mirizzi V* (*Csendes, 2007*). Fístula colecistocólica. Afectación de 2/3 de la circunferencia del CBP (Fig. 6).



**Fig. 6.** Lito vesicular que destruyó los 2/3 de la circunferencia del CBP.

Se realizó colecistectomía y colorrafia. La continuidad biliar se restauró mediante una hepaticoyeyunostomía en Y de *Roux*, termino-lateral.

En todos los casos, se realizó la colangiografía transoperatoria por punción del CBP que ayudó a la confirmación del diagnóstico, vislumbrar adecuadamente la anatomía del sistema biliar y descartar litiasis coledociana.

## DISCUSIÓN

El SM es un cuadro complejo, dinámico y evolutivo. A partir del momento en que se produce la impactación del cálculo, se desencadenarán de forma inexorable la ictericia obstructiva, los fenómenos inflamatorios, la colangitis y la destrucción progresiva de la anatomía del árbol biliar, con la apertura de fístulas bilio-biliares (colecistocolédocal) y bilio-digestivas. A modo de resumen pudiéramos plantear que es una complicación tardía de la enfermedad litiasica de sistema biliar.<sup>9,10</sup>

Es necesario resaltar la importancia del acertado diagnóstico preoperatorio para así implementar una estrategia quirúrgica adecuada; particularmente en aquellos casos con clasificación de alto grado de SM. Como resultado del proceso inflamatorio deformante de la anatomía biliar, el SM se ha destacado como rara pero relevante entidad clínica asociada a una alta incidencia de lesiones biliares y a la necesidad de procedimientos quirúrgicos complejos para el restablecimiento de la continuidad biliar. Estos van desde la colédocoplastia con el remanente vesicular para cubrir defecto del CBP sobre tubo en T; hasta las derivaciones bilioentéricas.<sup>9,10,11</sup>

## CONCLUSIONES

Se requiere un alto índice de sospecha para un diagnóstico preoperatorio e intraoperatorio certero, con una adecuada planificación quirúrgica.

## Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beltran MA. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: an unusual presentation of gallstone disease. *J Gastrointest Surg.* 2005;9: 686-9.

2. Mirizzi P. Síndrome del conducto hepático. *J Int Chir.* 1948;8:731-7.
3. Mc Sherry C, Ferstenberg H, Virhup M. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol.* 1982;1(2):19-25.
4. Lai EC, Lau WY. Mirizzi syndrome: history, present and future development. *ANZ J Surg.* 2006;76:251-7.
5. Safioleas M, Stamatakos M, Revenas C, Chatziconstantinou C, Safioleas C, Kostakis A. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2006;12(34):5579- 81.
6. Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg.* 1989;76:1139-43.
7. Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg.* 2008;32: 2237-43.
8. Beltran MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World J Gastroenterol.* 2012;18:4639-50.
9. Masih IN, Moorehead RJ, Caddy GR. Mirizzi's syndrome: a diagnostic dilemma. *Ir J Med Sci.* 2011;180:893-5.
10. Antoniou SA, Antoniou GA, Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic Review. *Surg Endosc.* 2010;24:33-9.
11. Simoglou C, Simoglou L, Babalis D. Mirizzi Syndrome. *Hellenic Journal of Surgery.* 2013;85:109-12.

Recibido: 3 de marzo de 2016.

Aprobado: 5 de abril de 2016.

*Jesús Miguel Galiano Gil.* Hospital Universitario "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

Correo electrónico: [galiano@infomed.sld.cu](mailto:galiano@infomed.sld.cu)