

Em 1948, o cirurgião argentino Pablo L. Mirizzi descreveu um paciente com obstrução parcial do hepatocolédoco secundário a cálculo biliar impactado no infundíbulo da vesícula biliar associado à resposta inflamatória envolvendo o ducto cístico e o ducto hepático comum. Esta apresentação tornou-se conhecida como Síndrome de Mirizzi (SM). Inicialmente Mirizzi caracterizou a síndrome por associação dos seguintes fatores: ducto cístico com trajeto paralelo ao ducto hepático comum, cálculos impactados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar, obstrução mecânica do ducto hepático comum por cálculos ou secundário a inflamação, icterícia contínua ou intermitente, e colangite recorrente. Atualmente ela compreende a um espectro de apresentações que variam desde à compressão extrínseca do hepatocolédoco até a presença de fístula colecistobiliar. É uma complicação relativamente rara, ocorrendo em 0,05% - 3,95% dos pacientes com colelitíase. Possui maior prevalência em mulheres com idade entre 21 e 90 anos, provavelmente um reflexo da preponderância de litíase biliar neste grupo.

Quadro clínico e laboratorial

O quadro clínico-laboratorial da SM não é específico. Na anamnese, normalmente o paciente relata colelitíase de longa data, episódios de icterícia obstrutiva e passado de colecistite aguda e/ou colangite. Os sinais e sintomas referidos geralmente incluem: dor abdominal em hipocôndrio direito e/ou epigástrico, icterícia, náuseas, vômitos, colúria e febre. Quanto aos exames laboratoriais, as transaminases costumam estar elevadas, bem como a bilirrubina direta, a fosfatase alcalina e a gama- GT. Cerca de 80% dos pacientes com SM apresentam icterícia, dor abdominal e alterações das provas de função hepática.

Exames de imagem

A ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome podem sugerir o diagnóstico de SM ao revelar cálculo(s) fixo(s) na área do infundíbulo, próximo à junção do ducto cístico com o hepático comum, e dilatação das vias biliares acima do local da compressão. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) também pode revelar compressão ou estreitamento do hepatocolédoco.



A ecoendoscopia no diagnóstico da coledocolitíase, independentemente do tamanho do cálculo ou do diâmetro coledociano, é um teste diagnóstico mais acurado do que a CPRE para a detecção de cálculo na

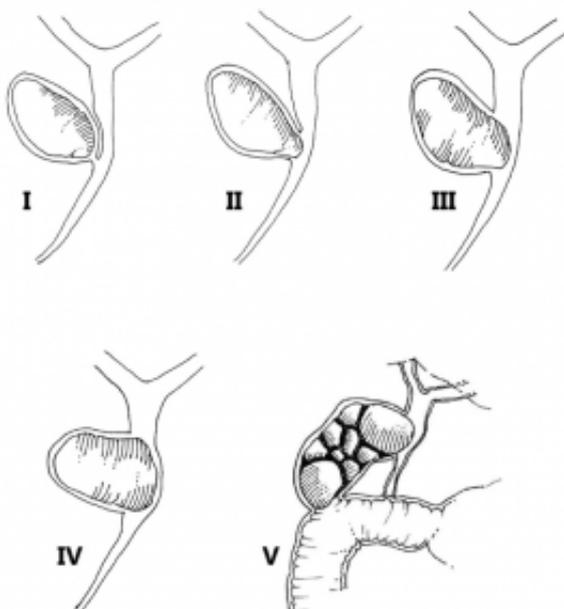
via biliar principal. Para o diagnóstico da SM, a ecoendoscopia apresenta uma sensibilidade de 97% e especificidade de 100%. A colangiressonância pode demonstrar com precisão a presença de dilatação biliar, o grau de obstrução, a localização intra ou extra luminal dos cálculos, podendo revelar ainda, alterações anatômicas como fístulas e mal-formações.

Classificação

A síndrome de Mirizzi que antes era classificada em apenas quatro tipos, atualmente, é incluído mais um, o tipo V, que compreende a fístula colecistoentérica.

Os tipos são:

- **I)** compressão extrínseca do ducto hepacolédoco por cálculo no infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico
- **II)** presença de fístula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 da circunferência do ducto hepacolédoco
- **III)** presença de fístula colecistobiliar com diâmetro superior a 2/3 da circunferência do ducto hepacolédoco
- **IV)** presença de fístula colecistobiliar que envolve toda a circunferência do ducto hepacolédoco
- **V)** qualquer tipo, mais fístula colecistoentérica (**Va:** sem íleo biliar e **Vb:** com íleo biliar).



Tratamento

Na ausência de fístula colecistobiliar (Tipo I), a colecistectomia e a remoção dos cálculos biliares constituem o tratamento de escolha.

Nos tipos II e III, a dissecação do ducto cístico e a exposição do triângulo de Calot pode levar à abertura de um orifício fistuloso no ducto biliar comum. Em tal situação, uma das alternativas é usar uma técnica em que a colecistectomia parcial é realizada por via anterógrada, com preservação do infundíbulo, seguida de abertura do fundo da vesícula, remoção dos cálculos do seu interior e coledocoplastia com sutura do

orifício fistuloso na parede restante da vesícula biliar (técnica de Torek). O dreno de Kehr é introduzido no ducto hepático comum acima do sítio de reparo. Se a fístula não puder ser corrigida primariamente, a anastomose biliodigestiva pode ser realizada.

Na presença de litíase remanescente devido à dificuldade técnica na exploração das vias biliares, a realização de CPRE no pós-operatório é uma alternativa segura.

Referências:

Safioleas M, et al. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases International Seminars in Surgical Oncology 2008;5:12.

Waisberg J, et al. Benign Obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi Syndrome): diagnosis and operative management . Arq Gastroenterol 2005;42(1).

Beltran MA, Csendes A, Cruces Ks. The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification. World J Surg 2008; 32:2237-2243.

Fonseca Neto OCL, Pedrosa MGL, Miranda AI. Surgical management of Mirizzi syndrome. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2008;21(2):51-4.

Machado MAC, et al. Colecistectomia Videolaparoscópica em paciente com Síndrome de Mirizzi. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 1997;52(6):324-327.

