

Síndrome de Mirizzi tipo V – um desafio diagnóstico e de prognóstico alarmante na colelitíase: relato de caso

Mirizzi type V syndrome - a diagnostic test and alarming prognosis in cholelithiasis: case report

Ana Paula Bastos^{†*}, Lucineide Martins de Oliveira Maia[‡]

Como citar esse artigo. Bastos, A.P.; Maia, L.M.O. Síndrome de Mirizzi tipo V – um desafio diagnóstico e de prognóstico alarmante na colelitíase: relato de caso. Revista de Saúde. 2019 Jul./Dez; 10 (2): 56-60.

Resumo

Decorrente de uma complicação tardia da colelitíase, a Síndrome de Mirizzi é definida como uma obstrução extrínseca do ducto hepático comum devido a cálculos impactados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula, que acarreta em uma sintomatologia semelhante à colelitíase. O presente artigo objetiva relatar um caso raro de paciente portadora de Síndrome de Mirizzi tipo V, diagnosticada no intra-operatório de colecistectomia. Realizou-se uma revisão nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed na busca de artigos relacionados. Esta patologia, de difícil diagnóstico pré-operatório, possui uma classificação, a Csendes, que subdivide a doença em cinco grandes grupos e determina, a partir desta, a melhor técnica cirúrgica a ser empregada. O caso clínico relatado apresenta uma lesão clinicamente indistinguível da colelitíase, que necessitou de um tratamento cirúrgico na tentativa de uma terapia curativa.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi, colelitíase, colecistectomia, Csendes.

Abstract

Due to a late complication of cholelithiasis, Mirizzi Syndrome is defined as an extrinsic obstruction of the common hepatic duct due to gallstones impacted on the cystic duct or gallbladder infundibulum, leading to a cholelithiasis-like symptom. This article aims to report a rare case of a patient with Mirizzi syndrome type V, diagnosed intraoperatively with cholecystectomy. A review of Scielo, Lilacs and Pubmed databases was performed for related articles. This pathology, which is difficult to diagnose preoperatively, has a classification, Csendes, which subdivides the disease into five major groups and determines, from this, the best surgical technique to be employed. The reported case report presents a clinically indistinguishable lesion of cholelithiasis, which required surgical treatment in the attempt of curative therapy.

Keywords: Mirizzi Syndrome, cholelithiasis, cholecystectomy, Csendes.

Introdução

Descrita pela primeira vez por Pablo Mirizzi, em 1948¹, a síndrome que leva o seu nome, é decorrente de uma complicação tardia da colelitíase, em que um cálculo impacta no ducto cístico ou na bolsa de Hartman, obstruindo mecanicamente o ducto biliar comum². A partir desse momento, vários fenômenos são desencadeados, sendo os mais comuns: dor abdominal, icterícia, colangite³ e fistula colecistobiliar¹. Considerada uma afecção incomum, acometendo de 0,3 a 5,7% da população², é mais prevalente em mulheres de idade avançada. De acordo com a classificação de Csendes, é dividida em cinco grandes grupos. A do tipo I corresponde à que ocasiona compressão extrínseca

do ducto hepático comum ou do colédoco por cálculo presente no colo vesicular ou ducto cístico³. Já a do tipo II é descrita como que contém uma fistula colecistobiliar com erosão de diâmetro menor que 1/3 da circunferência do ducto hepático comum ou do colédoco³. Caso esta mesma fistula ultrapasse 2/3 do diâmetro do ducto hepático comum ou do colédoco³, é classificada como sendo do tipo III. A classificação IV ocorre quando a fistula colecistobiliar atinge toda a circunferência do ducto hepático comum ou do colédoco. Por fim, inserida recentemente na classificação, a do tipo V é descrita quando se tem uma associação entre qualquer uma das relatadas anteriormente mais a presença de uma fistula colecistoenérica³. Esta última sofre ainda uma subdivisão: a Va, na qual não se observa o íleo biliar e a Vb em que há a presença do íleo-biliar³. A

Afiliação dos autores: † Discente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

‡ Docente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

* Email de correspondência: bastos.anapaula@hotmail.com

Síndrome de Mirizzi é dificilmente diagnosticada no pré-operatório, já que sua apresentação clínico-laboratorial não é específica. A sua não detecção precoce é responsável por altos índices de lesões no ducto biliar durante o procedimento cirúrgico³. O presente artigo relata um caso raro de paciente portadora de Síndrome de Mirizzi tipo V, diagnosticada no intra-operatório de colecistectomia.

Relato De Caso

J.D.M, sexo feminino, 68 anos, aposentada e natural de Mendes – RJ, deu entrada no Hospital Universitário de Vassouras (HUV) com queixa de dor abdominal, de forte intensidade, do tipo cólica, localizada em hipocôndrio direito, que se iniciou há 10 meses. Na anamnese, referiu piora da dor, acompanhada de náuseas e vômitos, após ingestão de alimentos gordurosos. Negou icterícia prévia, colúria e acolia fecal.

Mediante estes achados, foi solicitada uma ultrassonografia de abdome total, por meio da qual evidenciou-se vesícula biliar contraída, de paredes finas e lisas, repleta de cálculos com projeção de sombra acústica posterior. A paciente foi então, encaminhada para a realização do risco cirúrgico e, posteriormente, teve marcada a colecistectomia.

Nac olecistectomia, realizada com incisão de Kocher, foi visualizado um processo inflamatório local e aderências que se estendiam do infundíbulo vesicular ao ducto do colédoco. Além disso, havia a presença de



Figura 1. Presença da fistula colecistoduodenal diagnosticada intra-operatório durante a colecistectomia.

cálculos na vesícula biliar e fistulas colecistobiliar e colecistoduodenal (figura 1). O quadro encontrado foi compatível com uma Síndrome de Mirizzi tipo V.

A partir dos achados, realizou-se lise das aderências com liberação da fistula duodenal e dissecação da parede vesicular. Foi ainda identificado um ducto cístico, com posterior realização de colangiografia intra-operatória (figura 2), que evidenciou uma dilatação das vias biliares intra e extra-hepática. Foi realizada drenagem da via biliar principal com colocação de dreno de Kehr. Ao término da cirurgia, a paciente foi internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HUV.

Seis dias após a colecistectomia, a paciente evoluiu com piora clínica, desidratação, leucocitose e saída de secreção purulenta em grande quantidade da ferida operatória, justificando a indicação de nova laparotomia, que evidenciou a presença de abscesso intracavitário e coleperitônio por deiscência parcial da sutura duodenal. Realizou-se então nova drenagem das vias biliares, além de uma nova rafia duodenal. Após a cirurgia, iniciou-se terapia com ceftriaxona e metronidazol, devido a alterações clínicas sistêmicas e laboratoriais (presença de leucocitose e desvio para a esquerda). A paciente evoluiu novamente com piora clínica e saída de secreção de aspecto bilioso pela lateral da ferida operatória, sendo o esquema de antibiótico anterior, substituído por meropenem, um antibiótico mais forte, já que não apresentou melhora clínica do quadro.

No décimo primeiro dia de internação na UTI, em grave estado geral, a mulher evoluiu com icterícia (3+/4+) e dor abdominal. Mediante ao quadro, outra laparotomia foi realizada, com nova colangiografia e visualização de grande cálculo de colédoco (figuras 3 e 4). Seguiu-se com exploração das vias biliares, coledocotomia e retirada do cálculo com 4 cm em seu maior diâmetro (figuras 5 e 6). Após reabordagem, cursou com instabilidade hemodinâmica, necessitando de infusão de noradrenalina e ventilação mecânica. O esquema com meropenem foi mantido. A icterícia persistiu mesmo após a retirada do novo cálculo das vias biliares.

A partir do décimo quarto dia de internação, observou-se piora da função renal o que justificou prescrição de furosemida a fim de melhorar seu débito urinário, bem como saída de secreção sugestiva de bile pela ferida operatória, configurando novo coleperitônio. A dose do meropenem foi reajustada de acordo com a função renal e iniciado uso do antibiótico vancomicina, devido à piora do leucograma, que apresentou um desvio para esquerda, caracterizando um quadro de sepse abdominal. Dois meses após, a paciente evoluiu com uma parada cardiorrespiratória, vindo a óbito.



Figura 2. Colangiografia intra-operatória com dilatação das vias biliares.



Figura 3. Colangiografia com visualização de cálculo em colédoco.

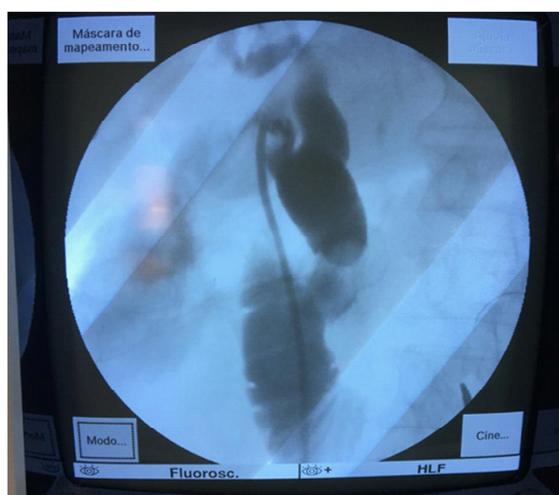


Figura 4. Colangiografia com visualização de cálculo em colédoco.

Materiais e Métodos

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela paciente e aprovação da solicitação de campo de pesquisa pela Direção do Centro de Estudos do Hospital Universitário de Vassouras foi realizada uma coleta de dados a partir do prontuário médico. O referencial teórico utilizou informações disponíveis nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed, com os descritores Síndrome de Mirizzi, colelitíase, Mirizzi Syndrome, cholelithiasis, colecistectomia e classificação de Csendes, entre o período de 2008 a 2019.

Discussão

Complicação rara e tardia da doença do cálculo biliar, a Síndrome de Mirizzi é definida como sendo uma obstrução extrínseca do ducto hepático comum devido a cálculos impactados no ducto cístico ou no infundíbulo

da vesícula⁴. Os sintomas são semelhantes à colelitíase aguda, podendo a patologia vir ou não, acompanhada de diarreia e icterícia.

Os diagnósticos, tanto da fistula quanto da Síndrome de Mirizzi, devem ser feitos preferencialmente no pré-operatório, devido aos altos índices de morbidade e mortalidade relacionada a doença². Porém, torna-se difícil, devido seus achados não específicos. No caso em questão, a paciente apresentou a sintomatologia clássica da colelitíase e o diagnóstico da fistula colecistoduodenal foi realizado no período intra-operatório, o que aumentou os riscos de mortalidade.

Apesar das mais diversas e modernas técnicas de imagens disponíveis, o diagnóstico desta Síndrome por meio destas ainda torna-se limitado. O raio X simples de abdome, por exemplo, não permite a detecção da enfermidade, porém, auxilia nos diagnósticos diferenciais por permitir a visualização de muitos sinais indiretos. Os que possuem maior especificidade e sensibilidade⁵ para a suspeita ou diagnóstico da



Figura 5. Terceira laparotomia com exploração e retirada de cálculo da via biliar.

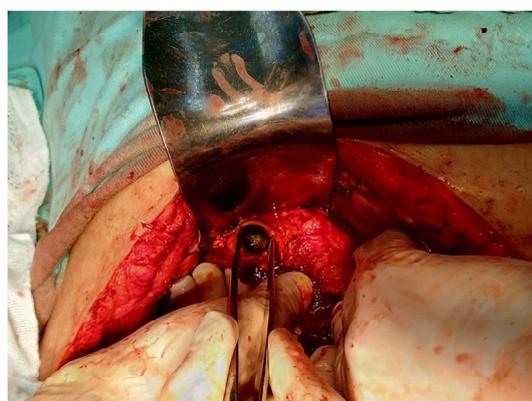


Figura 6. Cálculo sendo retirado da via biliar após exploração através da laparotomia.

Síndrome de Mirizzi são a tomografia helicoidal, a colangiorressonância e a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Porém, esses exames de maior acurácia, na maioria dos casos não se justificam, já que a sintomatologia da doença e da fistula são semelhantes às da colelitíase, não tendo algo específico que sugira uma maior investigação. Todos os exames complementares citados não foram realizados na paciente, pois a sintomatologia a qual apresentou, era compatível com uma colelitíase, e o diagnóstico desta é clínico, ou seja, não necessita de nenhum exame complementar.

O tratamento da Síndrome de Mirizzi é cirúrgico e deve ser guiado por princípios como: dissecação cuidadosa da via biliar, retirada completa dos cálculos presentes no trato biliar, identificação do ducto hepático comum e pela colangiografia intra-operatória⁶. O tipo de cirurgia empregada é altamente dependente do grau de deformidade anatômica encontrada, assim como o grau de inflamação⁶. Contudo, há técnicas de escolha de acordo com cada estágio da classificação de Csendes.

No tipo I de Csendes, que corresponde na compressão extrínseca do ducto hepático comum ou do colédoco por cálculo presente no colo vesicular ou ducto cístico³, o tratamento de escolha é a colecistectomia⁶

com a remoção dos cálculos. Já as alterações classificadas como II e III, onde existe a presença de fistula colecistobiliar, atingindo menos que 1/3 e mais que 2/3³, respectivamente da circunferência do ducto hepático comum ou do colédoco, a opção cirúrgica é pela técnica de Sandblom⁶, com abertura do fundo da vesícula para a retirada dos cálculos. Além da técnica, está empregada ainda a colocação do dreno de Kerh⁶ no ducto hepático comum, logo acima da área que foi reparada. Devido ao alto grau de comprometimento da anatomia da árvore biliar, na Síndrome de Mirizzi tipo IV, está indicado uma hepaticojunostomia ou coledocoduodenostomia⁶.

Quando se diagnostica a fistula colecistoentérica, a tipo V de Csendes, os principais órgãos envolvidos são o estômago, duodeno e cólon³. Para o caso descrito, a paciente em questão apresentava um envolvimento do duodeno, segundo órgão mais acometido nesta classificação. O manejo, caso haja a presença de íleo biliar é a enterolitotomia e fechamento da fistula. Porém, se este não estiver presente, faz-se apenas o fechamento do orifício da fistula³, sendo esta a técnica empregada na paciente relatada. A opção cirúrgica laparoscópica também é empregada para todas as classificações da Síndrome de Mirizzi, exceto para o estágio V, em que não há dados suficientes relatados².

Considerações Finais

Apesar de a sintomatologia ser semelhante ao da colelitíase, os diagnósticos da Síndrome de Mirizzi e da fistula devem ser, preferencialmente, feitos ainda no pré-operatório, para que as taxas de mortalidade não se elevem. O caso apresentado trata-se de uma enfermidade rara, que necessita de avanços médicos e tecnológicos para o seu diagnóstico precoce.

A cirurgia, o único tratamento imposto à doença, é complicado e por vezes, controverso, na qual exige um cuidado maior devido à presença das alterações anatômicas feitas pela Síndrome.

Referências

1. Beorlegui JSB, Laguna EM, Gil-Albarellos PB, Sánchez RC, de Marcos NM, Sancho AA. Síndrome de Mirizziasociado a la colelitiasis complicada delanciano: diagnóstico y tratamiento laparoscópico. *RevGastroent Per*, 2008; 28: 15-21.
2. Yetisir F, Sarer AE, Acar HZ, Parlak O, Basaram B, Yazicioglu O. Laparoscopic resection of cholecystocolic fistula and subtotal cholecystectomy by tri-staple in a type V Mirizzi Syndrome. *Case Report in Hepatol*, 2016; 1-4.
3. Lacerda PS, Ruiz MR, Melo A, Guimarães LS, Junior RAS, Nakajima GS. Síndrome de Mirizzi: um grande desafio cirúrgico. *ArqBrasCirDig*, 2014; 27(2): 221-231.
4. Neto OCLDF, Pedrosa MGL, Miranda AL. Manejo cirúrgico da Síndrome de Mirizzi. *ArqBrasCirDig*, 2008; 21 (2): 51-4.
5. Gil JMG. El síndrome de Mirizzi, um desafio para el cirujano.

RevCubCir, 2016; 55(2): 151-163.

6. Ferreira RM. Síndrome de Mirizzi: relato de caso. NetSaber artigos [homepage na internet]. Acesso em 2 jan 2019. Disponível em: http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_36776/artigo_sobre_sindrome-de-mirizzi--relato-de-caso