

Utilidad de la ecoendoscopia en el síndrome de Mirizzi

Usefulness of endoscopy for diagnosing Mirizzi syndrome

Martín Alonso Gómez, MD,¹ Juan Carlos Meneses.²

¹ Unidad de gastroenterología. Departamento de Medicina Interna. Universidad Nacional. Hospital El Tunal. Bogotá, Colombia.

² Residente de cirugía. Universidad San Martín. Bogotá, Colombia.

Fecha recibido: 07-04-10
Fecha aceptado: 10-08-10

Resumen

Aunque el síndrome de Mirizzi fue descrito hace más de 100 años, su diagnóstico prequirúrgico sigue siendo un gran reto; usualmente es un hallazgo del acto quirúrgico lo cual puede generar no solo mayor tiempo de la cirugía sino complicaciones como fístula, lesiones de la vía biliar, etc. Para el diagnóstico existen muchas alternativas como: CPRE, TAC, RNM, etc., pero ninguna es ideal dado sus falsos negativos o riesgos. En este trabajo presentamos dos pacientes a las cuales se les diagnosticó este síndrome utilizando por primera vez la ecoendoscopia, y se realiza además una revisión de la literatura.

Palabras clave

Mirizzi, ecoendoscopia, colelitiasis, CPRE.

Abstract

Although Mirizzi syndrome was first described more than a hundred years ago, pre-surgical diagnosis continues to pose a challenge. This syndrome is usually found during surgery. For that reason it has the potential for making the surgical procedure longer and for the development of complications such as fistula and biliary duct lesions. None of the procedures for diagnosis of the syndrome (including ERCP, CT, RNM, etc.) are ideal because of false negative results and the risks involved. This paper presents the cases of two patients who were diagnosed with Mirizzi syndrome with endoscopic ultrasound (EUS), and also presents a review of the literature.

Key words

Mirizzi syndrome, endoscopic ultrasound cholelithiasis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

El síndrome de Mirizzi es la compresión extrínseca de la vía biliar por un cálculo a nivel del cuello de la vesícula biliar (bolsa de Hartmann) o a nivel del cístico. Se estima que se presenta como complicación de la litiasis biliar en el 0,1% al 0,7% de los casos, y se evidencia en el 1% de todos los pacientes llevados a colecistectomía (1, 2).

El cuadro clínico es muy variado y puede presentarse como un simple cólico biliar, o como cuadros más graves de coledocolitiasis, colangitis o colecistitis aguda. Los síntomas pueden ser intermitentes, o constantes (1, 2). El

síndrome de Mirizzi clásico se presenta con ictericia con o sin dolor o con colangitis como consecuencia de la obstrucción biliar.

Aunque este síndrome fue descrito hace más de 100 años por Kher (3), quien la reporta como una colestasis extrahepática, aún sigue presentando grandes dificultades para su diagnóstico prequirúrgico, porque la sospecha clínica es difícil y en la mayoría de los casos su diagnóstico es en el mismo acto quirúrgico; el diagnóstico prequirúrgico es de vital importancia ya que esta patología se asocia a un

aumento de la iatrogenia quirúrgica de la vía biliar, con las dificultades técnicas y el riesgo asociado para el paciente (fístulas, lesiones del colédoco, etc.) (4, 5).

En la actualidad no existe un método ideal para el diagnóstico preoperatorio y se plantean, entre otras ayudas diagnósticas, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colangiografía transparietohepática, ecografía abdominal, tomografía axial computarizada y la colangiografía por resonancia nuclear magnética como alternativas (6, 7). Sin embargo, no encontramos en nuestra revisión de la literatura la utilización de la ecoendoscopia como método diagnóstico, lo cual nos pareció extraño teniendo en cuenta que la ecoendoscopia es un examen que permite observar toda la vía biliar desde la papila hasta el hígado y evalúa adecuadamente toda la vesícula desde el fondo hasta el cístico, sitios donde precisamente se presenta el Mirizzi, por ello, en este trabajo reportamos dos casos diagnosticados con este examen y confirmados en la cirugía.

CASO 1

Paciente de 27 años en el segundo trimestre de embarazo quien ingresa por cuadro de dolor tipo cólico en abdomen superior de 7 días de evolución asociado a intolerancia a la vía oral; al examen físico encontramos una paciente deshidratada, con taquicardia, con dolor a la palpación en hipocóndrio derecho y epigastrio, con un abdomen aumentado de tamaño por útero grávido.

Los laboratorios mostraron leucocitos de 9700, HB 14,3 g/dl, glicemia 113 mg/dl, amilasa 1200 UI/ml, ASAT 206U/L, ALAT 234U/L, LDH 445U/L, BT 1,62 mg/dl, BD 1,3 mg/dl.

La ecografía señala colelitiasis con vía biliar normal, colédoco de 6 mm. Feto único vivo de 23 semanas por biometría.

Se realiza un diagnóstico de pancreatitis biliar aguda leve, por lo cual se decide manejo analgésico, sobrehidratación y monitoría en unidad de cuidado intensivo. Ante el riesgo de coledocolitiasis el servicio de cirugía solicita una CPRE; consideramos que había una probabilidad baja a intermedia de coledocolitiasis y que la paciente se beneficiaba de una ecoendoscopia; se encontró colelitiasis, vía biliar extrahepática sin cálculos, pero llamaba la atención la compresión extrínseca del hepático común por el cuello de la vesícula (figura 1) con colédoco normal (figura 2) pero con la vía biliar intrahepática ligeramente dilatada.

Cuadro compatible con un síndrome de Mirizzi. La paciente es llevada a colecistectomía abierta confirmando un síndrome de Mirizzi tipo II, para lo cual se realizó colecistectomía subtotal abierta, en la figura un cirujano está retrayendo la vesícula (parte superior izquierda) y el otro está señalando el colédoco con su dedo medio (figura 3).



Figura 1. Compresión extrínseca del hepático común por el cuello de la vesícula (Mirizzi).

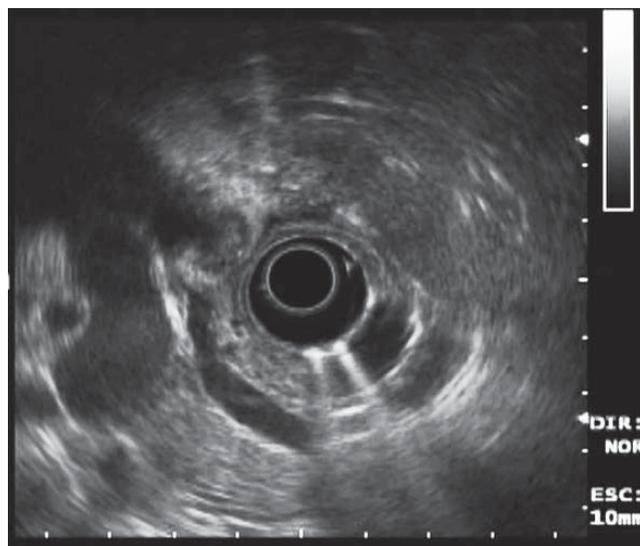


Figura 2. Se observa que el colédoco medio y distal es normal, pero el proximal está siendo comprimido por un cálculo del cuello vesicular.

CASO 2

Paciente de 45 años con dolor abdominal agudo tipo cólico de 8 días de evolución asociado a vómito de contenido biliar, al examen físico se evidencia taquicardia, deshidratación, con ictericia de mucosas y signo de Murphy positivo.

Los laboratorios mostraron leucocitos de 6000, HB 13,2 g/dl, glicemia 80 mg/dl, amilasa 90 UI/ml, ASAT 120U/L, ALAT 84U/L, BT 3,8 mg/dl, BD 2,6 mg/dl.

La ecografía señala colelitiasis con vía biliar normal, colédoco de 5 mm.



Figura 3. El cirujano esta mostrándonos la compresión del cuello vesicular al colédoco proximal.

Se realiza un diagnóstico de colecistitis aguda, por lo cual se hospitaliza y se valora por cirugía general, la cual solicita CPRE por sospecha de coledocolitiasis. Consideramos que la paciente tienen una probabilidad baja a intermedia de coledocolitiasis por lo cual se lleva a ecoendoscopia encontrando vesícula marcadamente distendida con cálculos en su interior, vía biliar extrahepática sin cálculos, pero llamaba la atención la compresión extrínseca del cuello de la vesícula sobre la vía biliar (figura 4) con un colédoco normal (figura 5), cuadro compatible con un síndrome de Mirizzi. La paciente es llevada a cirugía confirmando un síndrome de Mirizzi tipo I.

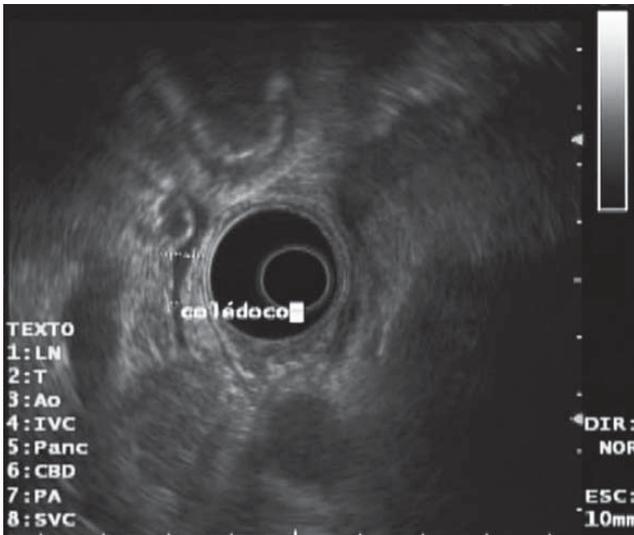


Figura 4. El colédoco distal y medio es normal (filiforme) pero el proximal esta rechazado por el cálculo en el cuello de la vesícula.



Figura 5. Observe que en la vesícula hay un cálculo pero en el colédoco no.

DISCUSIÓN

El nombre de este síndrome se debe al médico argentino Pablo Mirizzi, quien en la década del 40 describió el llamado síndrome del “hepático funcional” con manifestaciones clínicas de cuadros de ictericia obstructiva, atribuyendo los síntomas a un “espasmo del esfínter del hepático”, favorecido por un cístico paralelo a la vía biliar (8).

Para que se presente este síndrome se requieren 4 eventos:

1. Relación anatómica espacial en paralelo del cístico y el hepático común
2. Impactación de cálculo
3. Obstrucción del hepático común
4. Ictericia intermitente o constante.

El cuadro puede desarrollarse de manera directa por la presencia de cálculos o por el proceso inflamatorio secundario asociado, que provoca estenosis de la vía biliar y necrosis de la pared que lleva al desarrollo de una fístula colecistocoleodociana o colecistoentérica en algunos casos (9).

McSherry, además de demostrar la fisiopatología mecánica del síndrome de Mirizzi, lo clasificó en 2 tipos mediante la utilización de la CPRE: tipo I, compresión extrínseca de la vía biliar, con cístico largo sin alteraciones anatómicas, y tipo II asociado a la presencia de fístula (10). En 1989, Csendes presenta una nueva clasificación, la cual divide en 4 tipos: tipo I, compresión extrínseca sin fístula; tipo II, compresión más fístula con compromiso del 33 % de la pared; tipo III, compresión más fístula que compromete 33-66% de la pared y IV, compresión más fístula que compromete mas 66% de la pared (11).

En nuestro país existen pocos trabajos sobre este síndrome, el más reciente es el de Rodríguez y cols (12) en el cual se revisaron las historias clínicas de 36 pacientes con síndrome de Mirizzi. Según la clasificación de Csendes, se encontraron 31 (86%) con síndrome de Mirizzi tipo I, 1 (2,7%) tipo II, 3 (8,3%) tipo III y 1 (2,7%) tipo IV, para una frecuencia de 3,85%. Si tenemos en cuenta que la literatura mundial informa una frecuencia del síndrome de Mirizzi de 0,7 a 1,4% esta prevalencia en el Hospital de San José de 3,85% sugeriría que en nuestro medio el problema es mayor.

El diagnóstico de esta enfermedad a nivel preoperatorio es casi nulo, la sospecha diagnóstica no se prevé dado que los síntomas no difieren de las enfermedades previstas o más frecuentes para los síntomas encontrados; se considera que la ecografía puede emplearse como el primer elemento imagenológico al evidenciar la presencia de cálculos y la dilatación de la vía biliar intrahepática pero presenta pobre rentabilidad para la identificación de la compresión de la vía biliar; la TAC puede presentar los mismos hallazgos pero generalmente pueden ser interpretados como masas o cáncer vesicular (13, 14).

Actualmente se considera que la CPRE es el estudio con más rentabilidad diagnóstica para identificar este síndrome, debido a que dibuja toda la vía biliar, presenta una sensibilidad que va desde 8%-62%, y además esta técnica presenta un beneficio adicional, gracias a que puede realizarse un manejo paliativo con la colocación de un *stent* para drenaje de la vía biliar antes de llevar a cirugía al paciente (15). Otra estrategia diagnóstica con igual rentabilidad es la colangiografía percutánea, en los casos en que no se tenga CPRE.

Nuestro grupo considera que aunque la CPRE es el examen de mayor rendimiento diagnóstico prequirúrgico, la morbimortalidad asociada al procedimiento no lo hace el examen ideal, si tenemos en cuenta que la mayoría de estos pacientes tienen un colédoco de calibre normal, lo cual hace aún más difícil y riesgoso la CPRE; en cuanto a la colangiografía percutánea todos sabemos que este examen tiene una alta morbilidad y es poco tolerado por los pacientes.

Consideramos entonces que dadas las dificultades en las ayudas diagnósticas que presenta el síndrome de Mirizzi, a todo paciente con dolor abdominal por coledocitis y con una colestasis asociada debería descartarse esta enfermedad para disminuir las complicaciones asociadas a la iatrogenia de la vía biliar y aumento de la morbimortalidad que ocasiona en los pacientes; además, proponemos la ecoendoscopia como método diagnóstico de primera línea para confirmar este síndrome dados los menores riesgos y costos que representa con respecto a la CPRE.

Sin embargo, somos conscientes de que se necesitan estudios prospectivos con más casos llevados a ecoendoscopia biliopancreática para definir la sensibilidad y especifici-

dad de la prueba y verificar el impacto que ocasiona este método diagnóstico en el síndrome de Mirizzi.

REFERENCIAS

1. Jill Zaliekas, J. Lawrence Munson, Complications of Gallstones: The Mirizzi Syndrome, Gallstone Ileus, Gallstone Pancreatitis, complications of "Lost" Gallstones; Surg Clin N Am 2008; 88; 1345-1368.
2. Valli P. Kodali, Bret T. Petersen, Endoscopic therapy of post-cholecystectomy Mirizzi syndrome. Gastrointest Endosc 1996; 44: 86-90.
3. Gregory A. Cote', MD, Riad R. Azar, MD, Steven A. Edmundowicz, MD, Sreeni S. Jonnalagadda, MD. Balloon-assisted peroral cholangioscopy by using an 8.8-mm gastroscope for the diagnosis of Mirizzi syndrome. Gastrointest Endosc 2010; 71: 546-548.
4. Frilling A, Li J, Weber F, et al. Major bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy: a tertiary center experience. J Gastrointest Surg 2004; 8(6): 679-85.
5. Marcelo A. Beltran, Attila Csendes, Karina S. Cruces. The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification. World J Surg 2008; 32: 2237-2243.
6. Kok-Yang Tan, Hong-Chee Ching, Cosmas Yun-yin Chen, Su-Ming tan, Beow-Keong Poh and Michael Nan-Nuh hoe. mirizzi syndrome: noteworthy aspects of a retrospective study in one centre. Anz j surg 2004; 74: 833-837.
7. A-Hon Kwon, MD, Hiroaki Inui, MD. Preoperative Diagnosis and Efficacy of Laparoscopic Procedures in the Treatment of Mirizzi Syndrome. J Am Coll Surg 2007; 204: 409-415.
8. Binmoeller KF, Thonke F, Soehendra N. Endoscopic treatment of Mirizzi's syndrome. Gastrointest Endosc 1993; 39(4): 532-6.
9. Cortes M, Vasquez A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un hospital de enseñanza. Cirujano General 2003; 25: 334-7.
10. McSherry ChK, Ferstenberg H, Virshup M. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy. Surg Gastroenterol 1982; 219-225.
11. Csendes A, Díaz J, Burdiles, P. Maluenda F, Nava, O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. Br J Surg 1989; 76: 1139-1143.
12. Rodríguez C, Aldana G. El síndrome de compresión biliar extrínseca benigna o síndrome de Mirizzi: experiencia de cinco años en el Hospital de San José. Rev Colomb Cir 2008; 23(1): 6-11.
13. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi syndrome. Postgrad Med J 1997; 73: 487-90.
14. England RE, Martin DF. Endoscopic management of Mirizzi's syndrome. Gut 1997; 40: 272-6.
15. Schafer M, Schneiter R, Krahenbuhl L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2003; 17: 1186-1190.