

SÍNDROME DE COMPRESSÃO BILIAR EXTRINSECA BENIGNA OU SÍNDROME DE MIRIZZI

EXTRINSIC COMPRESSION SYNDROME BENIGN BILIARY OR MIRIZZI SYNDROME

IVAN ORLANDO GONZALES MEGO¹, FERNANDO KEITI NOGAMI¹, JOSE DE PAULA FARIA NETO¹, HÉLCIO KAZUHIRO WATANABE²

1. Médico Residente de Cirurgia Geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer; 2. Médico, Coordenador de Residência Cirurgia Geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer.

* PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Araçongas, Paraná, Brasil. CEP: 86702-000 biblioteca@hospitaljoaodefretas.com.br

Recebido em 21/09/2015. Aceito para publicação em 25/11/2015

RESUMO

Descreve-se a história de uma paciente adolescente grávida com Síndrome de Mirizzi tipo I, recebida no serviço de cirurgia geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer, durante o puerpério, para o tratamento cirúrgico. A síndrome de Mirizzi é uma doença rara e ainda mais durante a adolescência. O diagnóstico pré-operatório pode ser sugerido por exames laboratoriais e diagnóstico por imagens, sendo a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) de suma importância para que uma adequada estratégia cirúrgica possa ser planejada.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Mirizzi, colelitíase, colecistectomia laparoscópica.

ABSTRACT

To describe the history of a patient pregnant adolescents with Mirizzi's Syndrome type I, who joined in the service of surgical the Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer, during the puerperium, for surgical treatment. The Mirizzi's syndrome is a rare disorder and further into teens. Preoperative diagnosis may be suggested by laboratory tests and diagnostic imaging, being cholangiopancreatography retrograde endoscopic of paramount importance for adequate surgical strategy can be planned.

KEYWORDS: Mirizzi's Syndrome, cholelithiasis, cholecystectomy laparoscopic.

1. INTRODUÇÃO

Se agrupa sob a denominação de Síndrome de Mirizzi, doença rara e mais ainda durante a adolescência, a os transtornos de drenagem da árvore biliar, produto de alterações da união cístico-coledociana devidas a processos inflamatórios secundários a cálculos biliares. Sendo que essas alterações anatômicas podem facilitar lesões da via biliar durante a colecistectomia.¹

2. RELATO DE CASO

Paciente MPAS, 16 anos de idade do sexo feminino, que apresentou dor abdominal difusa com 20 semanas de gestação, sendo maior no hipocôndrio direito, associado à icterícia, acolia, colúria e prurido. Tem antecedente de icterícia registrada há um ano. Os exames laboratoriais revelam: Gama-glutamil transpeptidase 1,171 u/l, Fosfatase Alcalina 783 u/l, TGO 56 U, TGP 30 U, Amilase 99 u/l, Bilirrubina total 4,9 mg/dl, Bilirrubina direta 4,8 mg/dl, Bilirrubina indireta 0,46 mg/dl, Creatinina 0,1 mg/dl, Glicose 74 mg/dl.

Sob diagnóstico por imagens, a ultrassonografia revelou: vesícula biliar apresentando imagem ecogênica, formadora de sombra acústica posterior, medindo 1,8 cm, vias biliares sem sinais de dilatação, ducto hepatocolecístico com calibre médio normal de 0,3 cm e útero grávido, com feto vivo (BCF 156 bpm). Na colangiorrsonância: vesícula biliar de volume normal, paredes finas, observando-se cálculo no seu interior, medindo 2,2 cm, sem dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Na 32ª semana de gravidez houve rompimento prematuro de membranas pelo que se optou por interromper a gestação através do parto por cesariana.

Sem agravamento do quadro clínico, a paciente foi encaminhada ao nosso serviço no 22º dia de puerpério, apresentando icterícia.

Ao exame físico, apresentou-se afebril, sem queixas de algias, icterícia de +/+++ e cicatriz Pfannenstiel sem sinais flogísticos.

Do ponto de vista laboratorial, destaca-se: hematócrito 37 %, hemoglobina 12,3 g/dl. Leucócitos 7,200/mm³, bastonetes 1%, plaquetas 609,000/mm³, amilase 61 u/l, bilirrubina total 2,42 mg/dl, bilirrubina direta 1,96 mg/dl, bilirrubina indireta 0,46 mg/dl, Creatinina 0,8 mg/dl, glicose 74 mg/dl.

Na ultrassonografia, revelou-se: vias biliares intra e extra-hepáticas sem evidência de dilatação, vesícula bi-

liar com dimensões preservadas, contornos regulares, paredes normo-espessas, conteúdo anecóico, identificando-se cálculo de 2,3 cm no seu interior.

Devido ao diagnóstico de icterícia obstrutiva a esclarecer, optou-se pela colecistectomia vídeo-laparoscópica e colangiografia. Identifica-se múltiplas aderências no infundíbulo da vesícula biliar que a aderiam ao ducto-hepático comum e o comprimiam. A vesícula biliar apresentava um cálculo de aproximadamente 2 cm (Figura 1) entre seu corpo e bacinete.



Figura 1. Cálculo no corpo e bacinete da vesícula.

Realizou-se uma colangiografia (Figura 2) pós-colecistectomia; não se evidenciou cálculos nas vias biliares, porém uma leve dilatação do ducto hepático direito. Estabeleceu-se assim, o diagnóstico de síndrome de Mirizzi tipo I (classificação de Csendes). Ocorreu boa evolução pós-operatória, clínica e laboratorial.

3. DISCUSSÃO

A síndrome de Mirizzi é a obstrução do ducto hepático comum secundária a compressão extrínseca devido a impação de cálculos no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula, causa rara de icterícia obstrutiva. É uma complicação não-usual da doença litíase da vesí-

cula biliar e ocorre em aproximadamente 1% de todos os pacientes com colelitíase¹.



Figura 2. Colangiografia pré-operatória.

A inflamação vesicular e peri-vesicular, resultante da impação de cálculo(s) no cístico, dificulta a identificação das estruturas anatômicas. A importância dela deriva do alto risco de lesões do ducto biliar durante os procedimentos cirúrgicos. Soma-se a esse fato a dificuldade do diagnóstico antes da operação. Em pacientes ictericos ou não, operações de emergência e escassos recursos radiológicos proporcionam condição propícia para lesões iatrogênicas da via biliar^{2,3}. E por isso, a confirmação do diagnóstico e orientação tática cirúrgica exige atualmente, em geral, uma CPRE ou a colangiografia⁴.

Esta concepção dos mecanismos patológicos levou às classificações anos atrás propostos; o primeiro dos McSherry (grau I e II) e os últimos Csendes (graus I-IV)^{5,6}.

No caso clínico apresentado, a laparoscopia permitiu o diagnóstico de síndrome de Mirizzi tipo I, em mulher puerpera adolescente, pela impação de um cálculo no colo vesicular, causado compressão^{5,7} extrínseca do canal hepático comum e inflamação sem fistulização para o mesmo, nem cálculos nas vias biliares observado por meio da colangiografia pré-operatória.

4. CONCLUSÃO

A síndrome de mirizzi é uma patologia rara, sendo seu reconhecimento pré operatorio difícil pela, anamnese, exames laboratoriais e diagnostico por imagens; e na ausência da CPRE a colangiografia revela-se fundamental para orientar a tática cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- [1]. Safioleas M, Stamatakos M, Safioleas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi syndrome: na unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases. *Int Semin Surg Oncol.* 2008; 5:12.
- [2]. Pernbertan M, Wells AD. The Mirizzi Syndrarme. *Pasgrad Med I.* 1997; 73:487-90.
- [3]. England RE, Martin DF. Endascapy Managernent af Mirizzi's Syndrone. *Gut.* 1997; 40(2):272-6.
- [4]. McSherry ChK, Ferstenberg H, Virshup M. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol.* 1982; 219-225.
- [5]. 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.
- [6]. Richard D, Iean Paul Ialy D, Dupas IP. Endascapy Diagnosis and Treatment af Mirizzi's Syndrone. *I Clin Gastroenterol.* 1992; 15(4): 343-6.
- [7]. Bare M, Gurer S, Taskin V, Aladag M, Hilmioğlu F, Gurel M. Mirizzi Syndrome: Choice of Surgical Procedure In the Laparoscopic Era. *Surg Laparosc Endosc.* 1998; 8: 63-67.