

- Navin P, Meshkat B, McHugh S, Beegan C, Leen E, Prins H, Aly S. Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma — A case study and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports* 3 2012;486–488.
- Min BW, Kim JM, Um JW, Lee ES, Son GS, Kim SJ et al. The First Case of a Retroperitoneal Mucinous Cystadenoma in Korea: A Case Report. *The Korean Journal of Internal Medicine* 2004;19:282–284.
- Matsubara M, Shiozawa T, Tachibana R, Hondo T, Osada K, Kawaguchi K, et al. Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma of borderline malignancy: a case report and review of the literature. *International Journal of Gynecological Pathology* 2005;24:218–23.
- Pennell TC, Gusdon Jr JP. Retroperitoneal mucinous cystadenoma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989;160:1229–31.
- Lai KKT, Chan YYR, Chin ACW, Ng WF, Huang YHH, Mak YLM, et al. Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma in a 52-year-old man. *Journal of Hong Kong College Of Radiologists* 2004;7:223–5.
- Tapper EB, Shrewsbury AB, Oprea G, Majmudar B. A unique benign mucinous cystadenoma of the retroperitoneum: a case report and review of the literature. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2010;281:167–9.

ABCDDV/1044

ABCD Arq Bras Cir Dig
2014;27(3):226–226

Carta ao Editor

SÍNDROME DE MIRIZZI: UM GRANDE DESAFIO CIRÚRGICO

Mirizzi syndrome: a surgical challenge

Patrícia de Souza **LACERDA**, Manuel Rios **RUIZ**,
Ana **MELO**, Leonardo Simão **GUIMARÃES**,

Rubem Alves da **SILVA-JUNIOR**, Gerson Suguiyama **NAKAJIMA**

Trabalho realizado na Clínica Cirúrgica, Hospital Universitário Getúlio Vargas, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

Correspondência
Gerson S. Nakajima

E-mail: gnakajima@ufam.edu.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 10/04/2013
Aceito para publicação: 25/03/2014

INTRODUÇÃO

A síndrome de Mirizzi consiste na obstrução seja do ducto hepático comum ou do colédoco, secundária à compressão extrínseca devido à impaction de cálculos no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula¹. A primeira descrição deve-se a Pablo Mirizzi (1948), quando observou alguns fatores que poderiam causar colestase extra-hepática em determinados grupos de pacientes portadores de colelitíase². Incide geralmente em paciente do sexo feminino e com idade avançada. Dependendo do grau de acometimento da via biliar podem ser agrupadas em cinco grupos distintos de acordo com a nova classificação da síndrome de Mirizzi^{1,6}.

O objetivo deste relato é apresentar um caso de paciente portadora do tipo IV, tratada cirurgicamente através da abordagem laparotômica.

RELATO DE CASO

Mulher de 56 anos foi admitida no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Getúlio Vargas com quadro de dor em hipocôndrio direito, que irradiava para o dorso, febre diária vespertina em período de três meses e episódio prévio de colúria com duração de 10 dias. O exame físico à admissão era normal, nos exames laboratoriais havia alterações

das transaminases: TGO: 75 U/L e TGP: 62U/L; e das enzimas canaliculares: fosfatase alcalina: 1924U/L e da GGT: 884 U/L; as bilirrubinas estavam dentro da normalidade. A ultrassonografia de abdome demonstrava: colelitíase, hepatocolédoco de calibre aumentado medindo 1,7 cm, apresentando com a veia porta o sinal do “duplo cano”, com presença de imagem hiperecogênica medindo 1,1 cm, compatível com cálculo; vias biliares intra-hepáticas de aspecto ecográfico normal. A colangiorrressonância magnética evidenciou colelitíase e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas até o nível da porção distal do hepatocolédoco, o qual media 1,6 cm.

A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico através da abordagem laparotômica com incisão subcostal direita. No intra-operatório foram evidenciadas aderências de cólon transversal, duodeno e estômago na vesícula biliar, a qual encontrava-se escleroatrófica e repleta de cálculos. Optou-se pela realização de colecistectomia anterógrada à Torek. Durante o procedimento observou-se à presença de fístula entre o infundíbulo da vesícula e o colédoco notadamente, com erosão de toda sua parede anterior, abrangendo da implantação do ducto cístico à proximidade do duodeno, sendo classificada como Mirizzi tipo IV. Foi realizada coledoscopia através da fístula com coledoscópio flexível e verificada a presença de cálculo único no colédoco distal, que foi retirado. Seguiu-se irrigação da via biliar com soro fisiológico sem saída de cálculos adicionais e anastomose biliodigestiva colédoco jejunal terminolateral em Y-de-Roux com ligadura do colédoco distal. A cavidade peritoneal foi drenada com dreno laminar de látex, localizado no espaço de Morrison. A dieta foi liberada a partir do 2º dia de pós-operatório, com boa aceitação. O débito do dreno oscilou entre 20-75 ml apresentando secreção biliosa até o 10º dia, quando foi retirado devido à redução do volume. Obteve alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

É uma complicação rara e ocorre aproximadamente em 0,05 a 4% dos pacientes portadores de colelitíase. Possui prevalência em mulheres com idade entre 21 e 90 anos, provavelmente um reflexo da preponderância de litíase biliar neste grupo. Ela é complicação de colelitíase de longa data^{5,6}.

A compressão constante do cálculo, associado à inflamação das estruturas envolvidas pode resultar em fístula entre o infundíbulo da vesícula ou o ducto cístico e a via biliar extra-hepática. Na fístula colecistobiliar, o cálculo pode migrar para a via biliar principal, enquanto que na fístula colecistoentérica o paciente pode apresentar obstrução intestinal denominado íleo biliar⁹.

A importância do reconhecimento da síndrome de Mirizzi deriva do alto risco de lesões do ducto biliar durante os procedimentos cirúrgicos. Soma-se a esse fato a dificuldade do diagnóstico pré-operatório, pois não há apresentação clínica e laboratorial específica^{4,7,10}. Os sinais e sintomas mais frequentes são dor abdominal, seguida de icterícia e colangite. Podem se associar também náuseas, vômitos, colúria, prurido, hepatomegalia e, menos frequentemente pancreatite aguda, perfuração da vesícula biliar e perda ponderal^{3,4,5,8}.

A síndrome de Mirizzi que antes era classificada em quatro tipos; atualmente, está sendo incluída a fístula colecistoentérica como complicação (tipo V)¹ (Figura 1). Os tipos são: I) compressão extrínseca do ducto hepático comum/ colédoco por cálculo no colo vesicular ou ducto cístico; II) presença de fístula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; III) presença de fístula colecistobiliar com diâmetro superior a 2/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; IV) presença de fístula colecistobiliar que envolve toda a circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; V) qualquer tipo, mais fístula colecistoentérica (Va: sem íleo biliar e Vb: com íleo biliar).

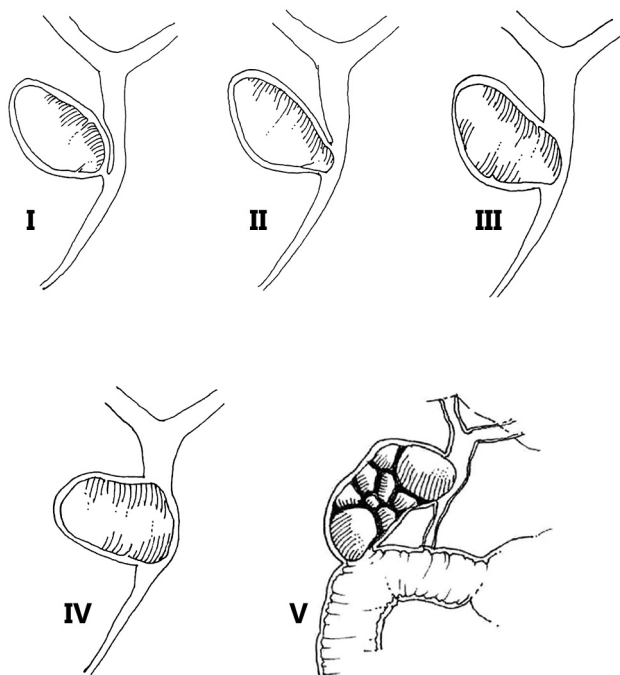


FIGURA 1 - Representação esquemática da nova classificação de Csendes para a síndrome de Mirizzi (2007)⁴

O tratamento cirúrgico da síndrome de Mirizzi requer habilidade e cuidado na dissecação da via biliar para realizar a colecistectomia, exploração segura das vias biliares e retirada dos cálculos, para evitar qualquer iatrogenia na via biliar, como neste caso em particular, em que se optou devido ao intenso processo inflamatório, pela dissecação da vesícula biliar de forma incompleta, pela técnica à Torek^{3,5}.

No intra-operatório, o achado de aderências firmes perivisceral, vesícula biliar na maioria dos casos escleroatrófica, com ou sem fístula colecistoentérica, triângulo de Calot fibrosado deve despertar a suspeita desta entidade. Colangiografia realizada por punção ou por dreno de Kehr como primeiro procedimento intra-operatório, é mandatória para se delinear a anatomia das vias biliares^{2,5,11}.

Alguns autores não consideram a laparoscopia como primeira escolha devido ao intenso processo inflamatório causado pela doença, sendo até mesmo considerada contra-indicação ao tratamento minimamente invasivo mas pode ser realizada de forma segura por cirurgiões experientes em alguns casos^{1,3,5,6}.

Na ausência de fístula colecistobiliar (Tipo I), a colecistectomia e a remoção dos cálculos biliares constituem o tratamento de escolha. Na presença de litíase do ducto biliar comum e quando a coledocotomia apresenta dificuldades técnicas, a realização de CPER no pós-operatório com a extração do cálculo pode ser alternativa segura¹⁰.

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 técnica em que colecistectomia parcial inicial 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. O dreno de Kehr é introduzido no ducto hepático comum acima do sítio de reparo. O fechamento do orifício deve ser realizado sem tensão e com a mucosa do coto da vesícula justaposta à mucosa do ducto. O uso do infundíbulo da vesícula biliar para fechar o orifício do ducto hepático comum é vantajoso por ser constituído de tecido vascular e ter mucosa semelhante à do ducto biliar. Entretanto, existe a tendência para a formação de fibrose e estenose nas linhas de sutura do ducto biliar, mesmo quando realizada com cuidado¹⁰ (Figura 2).

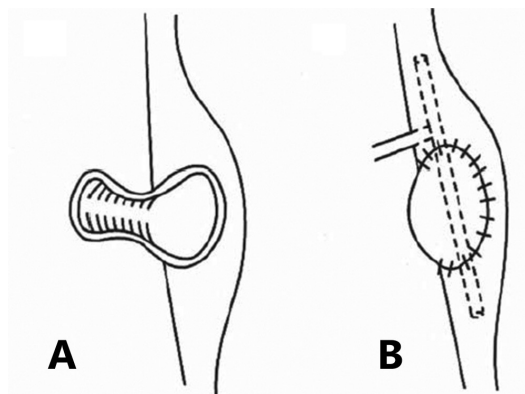


FIGURA 2 - Representação esquemática de coledocoplastia e colocação de dreno de Kehr⁷

Se a fístula não puder ser corrigida primariamente com as técnicas supracitadas, a anastomose biliodigestiva pode ser realizada. Para a reconstrução do ducto biliar na síndrome de Mirizzi tipo IV, uma anastomose biliodigestiva colédocojejuno ou hepaticojejuno em Y-de-Roux é via de regra necessária como conduta inicial, como foi o caso da paciente deste relato^{6,10}. De acordo com o caso encontrado à classificação de Mirizzi existe um protocolo bem definido de tratamento cirúrgico, onde os procedimentos recomendados para diferentes tipos são: tipo I - colecistectomia parcial; tipo II - fechamento da fístula com sutura ou coledocoplastia; tipo III - coledocoplastia; tipo IV - anastomose biliodigestiva. A anastomose biliodigestiva tem sido realizada para alguns dos casos do tipo III quando a erosão do ducto biliar foi considerada significativa⁵.

Os órgãos que podem estar envolvidos na fístula colecistoentérica são estômago, duodeno e cólon. O procedimento de escolha para a fístula colecistoentérica com íleo biliar é a enterolitotomia e fechamento da fístula, e o da fístula sem íleo biliar é o fechamento do orifício da fístula.

REFERÊNCIAS

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.
2. Cavalcanti JS, et al. Estudo anatomotopográfico das vias biliares extra hepáticas e do triângulo cistohepático. *Acta Cir Bras* 2002; 17 (1)
3. Crema E, et al. Síndrome de Mirizzi: causa comum de conversão da Colecistectomia Laparoscópica. *Rev Bras Videocir* 2004; 2(2):75-78.
4. Fonseca Neto OCL, Pedrosa MGL, Miranda AI. Surgical management of Mirizzi syndrome. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2008;21(2):51-4.
5. Ibrarullah MD, Mishra T, Das AP. Mirizzi syndrome *Indian J Surg* 2008;70:281-287.
6. Machado MAC, et al. Colecistectomia Videolaparoscópica em paciente com Síndrome de Mirizzi. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 1997;52(6):324-327.
7. Safioleas M, et al. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases *International Seminars in Surgical Oncology* 2008;5:12.
8. Salim MT, Cutait R. Videolaparoscopy complications in the management of biliary diseases. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2008;21(4):153-7.
9. Torres OJM, Melo LAL, Rodrigues CEC. Mirizzi's Syndrome. *Rev do Hosp Univ UFMA* 2002;3 (1): 41-43.
10. Waisberg J, et al. Benign Obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi Syndrome): diagnosis and operative management. *Arq Gastroenterol* 2005;42(1).
11. Yasojima EY, Lopes Filho GJ. Systematic Cholangiography during laparoscopic cholecystectomy. *Rev Col Bras Cir* 2002;29(2).