

## RELATO DE CASO

## SÍNDROME DE MIRIZZI EM GESTANTE: RELATO DE CASO

## MIRIZZI SYNDROME IN PREGNANT WOMEN: CASE REPORT

José Arnon Linhares Moraes dos Santos<sup>1</sup>, Roclide Castro de Lima<sup>1</sup>, Benito Júnior Santos da Costa<sup>1</sup>, Iuri Almeida Matias da Paz<sup>2</sup>, Thállisso Martins da Silva Rodrigues<sup>2</sup>, Manuel Antonio Almeida Matias da Paz<sup>3</sup>, Elizeu Bruno Santos Silva<sup>4</sup>.

## RESUMO

**Introdução:** A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, acometendo em média 3% dos pacientes com este diagnóstico. Possui predominância no sexo feminino na faixa etária de 21 a 90 anos. Ocorre, geralmente devido a obstrução extrínseca da via biliar, tanto por um cálculo grande impactado no infundíbulo, comprimindo o ducto colédoco; ou por uma fístula da vesícula biliar com o colédoco. O tratamento depende do grau de comprometimento da via biliar. Este estudo tem como objetivo demonstrar síndrome de mirizzi em uma paciente gestante que foi submetida a procedimento cirúrgico com bom desfecho clínico, cirúrgico e obstétrico.

**Palavras-chave:** Síndrome de Mirizzi. Gestante.

## ABSTRACT

**Introduction:** Mirizzi syndrome is a rare complication of cholelithiasis, affecting on average 3% of patients with this diagnosis. It has a predominance in females aged 21 to 90 years. It occurs, usually due to extrinsic obstruction of the biliary tract, either by a large calculus impacted on the infundibulum, compressing the bile duct; or by a gallbladder fistula with the bile duct. Treatment depends on the degree of bile duct involvement. This study aims to demonstrate mirizzi syndrome in a pregnant patient who underwent surgical procedure with good clinical, surgical and obstetric outcome.

**Keywords:** Mirizzi Syndrome. Pregnant.

 ACESSO LIVRE

**Citação:** Santos JALM, Lima RC, Costa BJS, Paz IAM, Rodrigues TMS, Paz MAAM, Silva EBS (2020) Síndrome de Mirizzi em gestante: relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 7(2):.

**Instituição:**

<sup>1</sup>Médico Cirurgião Geral pelo Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

<sup>2</sup>Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

<sup>3</sup>Discente do curso de Medicina da Universidade FACISA, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

<sup>4</sup>Médico residente do serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

**Autor correspondente:** José Arnon Linhares Moraes dos Santos; arnon\_lmoraes@hotmail.com

**Editor:** Carvalho A. A. B. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

**Publicado:** 29 de julho de 2020.

**Direitos Autorais:** © 2020 Santos et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

**Conflito de interesses:** os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Mirizzi, descrita pela primeira vez em 1948 por Pablo Mirizzi, é uma complicação rara que ocorre em aproximadamente 0.05 a 4% dos pacientes com o diagnóstico de colelitíase, sendo mais comum em pacientes do sexo feminino, com idade entre 21 e 90 anos. Consiste na obstrução extrínseca da via biliar ocasionada por um cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar que causa um processo inflamatório com espasmo secundário do colédoco que se manifesta com icterícia obstrutiva. É uma patologia com dificuldades diagnósticas e terapêuticas, demandando experiência do profissional responsável pela abordagem. Geralmente não é diagnosticada no pré-operatório e a forma de como tratar, seja por via videolaparoscópica ou convencional, ainda gera discussões e controvérsias<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>.

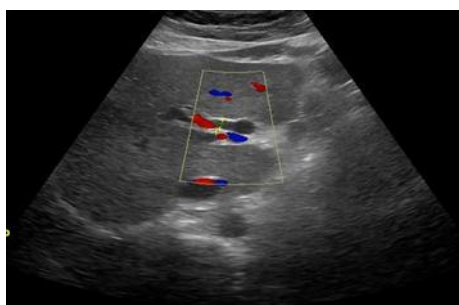
## DESCRIÇÃO DO CASO

V.L.F, 33 anos, feminino, natural e procedente de São Luís-MA, procurou assistência médica devido início abrupto de episódios de dor abdominal em hipocôndrio direito e epigástrico, do tipo cólica, sem irradiação, de moderada intensidade, que melhorava com o uso de sintomáticos, associados a náuseas e vômitos, há cerca 9 meses do momento da consulta. Seis meses após o início do quadro supracitado, paciente refere que a dor passou a irradiar para o dorso, com piora da intensidade e, desta vez, melhorando apenas com o uso de medicações endovenosas. Ao procurar atendimento médico, foi realizada uma ultrassonografia de abdome superior que evidenciou hepatocolédoco medindo 0,5 cm em seu maior calibre e vesícula biliar em topografia usual, apresentando imagens ecogênicas sugestivas de colelitíase (Figura 1 e 2).

Figura 1



Figura 2



A paciente foi internada no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) para realização de colecistectomia videolaparoscópica. Paciente nega que nesse meio tempo

tenha tido acolia fecal, icterícia ou colúria. Refere diagnóstico de asma brônquica, duas cesarianas prévias e ser tabagista e etilista social. Ao exame físico paciente se encontrava em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e em espaço, afebril, acianótica, anictérica, normocorada e hidratada. Abdome plano, flácido e indolor à palpação profunda sem a presença do sinal de Murphy. Após exames laboratoriais dentro dos padrões da normalidade, risco cardiológico grau I e ASA grau II. No intraoperatório foi visualizada anatomia bastante distorcida, com vesícula biliar de paredes espessadas e múltiplas aderências entre alças e vesícula e entre infundíbulo da vesícula e via biliar. Foi optado pela equipe assistente por colecistectomia parcial. Foi realizada lavagem da cavidade com soro fisiológico a 0,9%, revisão da hemostasia, retirada da vesícula biliar e passagem de um dreno tubular calhado em leito hepático. Paciente evoluiu sem intercorrências na enfermaria, recebendo alta hospitalar e retorno ambulatorial. Exame histopatológico do produto de colecistectomia não demonstrou sinais de malignidade.

No décimo quinto dia de pós-operatório, paciente retornou com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, febre, náuseas e icterícia. Além disso, queixou-se de dois meses de atraso menstrual. A paciente foi reinternada e solicitada uma colangioressonância e ultrassonografia pélvica. A ressonância evidenciou vesícula biliar normodistendida, com paredes finas, apresentando cálculo impactado no seu infundíbulo, medindo cerca de 1,7 cm de diâmetro. Ademais, discreta ectasia das vias biliares intra-hepáticas e do hepatocolédoco, este último medindo cerca de 0,9 cm em seu maior diâmetro, localizado no seu terço proximal, apresentando redução gradual de calibre, sem sinais de cálculos em seu interior (Figura 3). A ultrassonografia mostrou gestação tópica, feto com boa vitalidade com idade gestacional de aproximadamente 8 semanas (Figura 4).

Figura 3

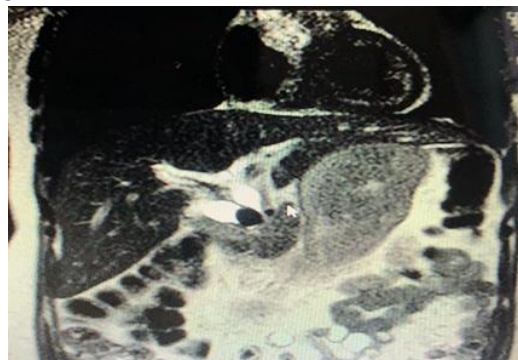
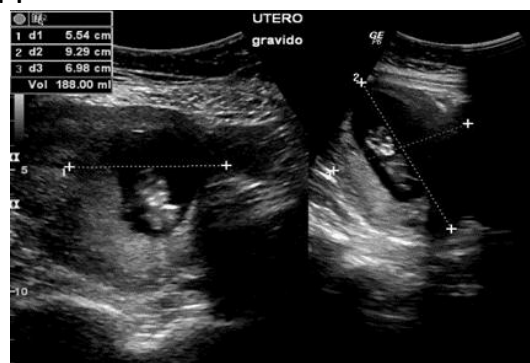


Figura 4



Com base nos exames, foi idealizado a totalização da colecistectomia com extração do cálculo aderido no infundíbulo por videolaparoscopia. No intraoperatório foi visualizada neovesícula aderida a estruturas adjacentes, cálculo grande impactado no infundíbulo e comunicação do mesmo com ducto hepático. O colédoco distal apresentava-se com calibre fino. Foi realizada a liberação das aderências vesiculares e da placa vesicular e rebaixamento do duodeno que estava aderido ao hilo hepático. Logo após, foi feita a abertura da neovesícula, retirada do cálculo, sendo observada fístula comprometendo mais de 50 % do diâmetro do ducto hepático, e realizada secção do hepático. Identificado o ângulo de Treitz, contado 70cm a partir do mesmo e elevação para a região epigástrica. Feita incisão em epigástrico, diérese por planos até cavidade e tracionamento da alça. Realizada enterotomia com grameador linear 01 carga azul, invaginação das alças e rafia da aponeurose com vicryl 0. Abertura da alça distal e anastomose da mesma com ducto hepático comum com PDS 5.0(posterior) e 3.0(anterior), sutura contínua. Realizada fixação da alça em leito hepático com PDS 3.0 com um ponto simples. Confeção de anastomose jejuno-jejunal com PDS 3.0, látero-lateral, 60cm a partir da anastomose bileodigestiva. Liberação da vesícula da placa biliar, seguida de lavagem da cavidade, revisão da hemostasia. Passagem de punho de luva, colocando vesícula e calculo dentro do punho, seguido de retirada. Passagem de dreno túbulo-laminar em flanco esquerdo e fixação com algodão 2.0.

Durante as primeiras doze horas de pós-operatório, a paciente apresentou boa evolução e com boa aceitação dietética. No entanto, ao completar as primeiras 24 horas de pós-operatório, a paciente apresentou quadro de dor em cólica em abdômen inferior, associada a náuseas e dreno abdominal com débito desprezível de aspecto seroso. Foi solicitada avaliação obstétrica que afastou a possibilidade de aborto após exame físico e ultrassonográfico. No segundo de pós-operatório, paciente já evoluiu com taquicardia, taquipnéia e distensão abdominal, mantendo débito do dreno desprezível. Solicitado ultrassom de abdômen total que evidenciou discreta quantidade de líquido sub-hepático com bem posicionado na pequena coleção. Paciente não apresentou melhora com conduta conservadora, optando-se por reabordagem por via convencional.

Durante a reabordagem foi visualizada grande quantidade de líquido livre em cavidade de aspecto biliar, deiscência parcial de 180° da anastomose bileodigestiva e anastomose entérica íntegra. Optou-se por realizar novamente ambas anastomoses com ressecção entérica. A anastomose bileodigestiva foi realizada com vicryl 4-0 pontos separados e anastomose entero-entérica com prolene 4-0 sutura contínua.

Paciente evoluiu nos primeiros 7 dias em leito de UTI com evolução cirúrgica e obstétrica satisfatória, recebendo alta da UTI para leito da enfermaria. No entanto, paciente apresentou complicação de ferida operatória (seroma) na incisão de Yakuchi, porém após melhora do quadro no 20° dia de pós-operatório, obteve alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial e avaliações no pré-natal de alto risco com o serviço de obstetria do hospital.

Exame histopatológico da neovesícula evidenciou mucosa do trato biliar, apresentando ulceração com focos de hemorragia recente. Paciente ainda pariu feto vivo com boas condições

## DISCUSSÃO

A síndrome de Mirizzi foi descrita pela primeira vez no ano de 1948 pelo médico argentino Pablo Mirizzi. Consiste em uma complicação rara que acomete cerca de 0.05 a 4% dos pacientes portadores de colelitíase, está presente em 0,7 a 1,8% das colecistectomias e é mais comum em mulheres que têm entre 21 e 90 anos de idade, como a paciente do caso em questão, provavelmente devido à preponderância de doença biliar nesse grupo<sup>1,3,4,5,6</sup>. Ocorre devido a uma obstrução extrínseca do ducto hepático comum ou do colédoco por um cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar que provoca um processo inflamatório com espasmo secundário do colédoco que se manifesta com icterícia obstrutiva<sup>2,7,8,9</sup>.

A abordagem diagnóstica utiliza desde o exame clínico até exames de imagem da via biliar. O paciente pode apresentar-se icterico, sendo necessário a investigação laboratorial e com exames de imagem a fim de fazer o diagnóstico diferencial com outras síndromes ictericas. Pode-se fazer o uso da ultrassonografia, tomografia computadorizada, colangiografia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou colangiorensonância<sup>10,11</sup>. Apesar desses recursos a Síndrome de Mirizzi dificilmente é reconhecida no pré-operatório, aumentando assim o risco de morbidade e injúria do trato biliar, particularmente na cirurgia laparoscópica, pois a doença pode evoluir com uma alteração na anatomia entre a vesícula e o ducto hepático comum, resultante a um intenso processo fibrótico e, também, uma eventual comunicação do trato biliar<sup>12</sup>.

A maneira como se apresenta a síndrome de Mirizzi varia desde a compressão extrínseca do ducto hepático comum até a presença de fístula colecistobiliar<sup>12</sup>. Atualmente é classificada em tipo I, II, III, IV e V, que são: I) quando há compressão extrínseca do ducto hepático comum/ colédoco por cálculo no colo vesicular ou ducto cístico; II) quando há presença de fístula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; III) na presença de fístula colecistobiliar com diâmetro superior a 2/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; IV) na presença de fístula colecistobiliar que envolve toda a circunferência do ducto hepático comum/colédoco; V) qualquer tipo, com presença de fístula colecistoentérica (Va: sem íleo biliar e Vb: com íleo biliar)<sup>3,8</sup>.

O tratamento consiste em conduta cirúrgica e o tipo de abordagem varia de acordo com o tipo em que se apresenta a síndrome de Mirizzi. Para pacientes com Mirizzi tipo I, recomenda-se colecistectomias parciais ou totais, aberta ou por via laparoscópica, a depender da experiência do cirurgião. A exploração do ducto biliar comum tipicamente não é requerida. No tipo II, realiza-se a colecistectomia mais o fechamento da fístula, ou com sutura com fios absorvíveis, ou com tubo em T ou com coledocoplastia com a vesícula biliar remanescente. No tipo III, preconiza-se a coledocoplastia ou anastomose bilioentérica, o que foi realizado na paciente do caso em questão, e no tipo IV, a anastomose bilioentérica<sup>9</sup>.

O Tratamento cirúrgico exige experiência e habilidade na dissecação da via biliar, realização da colecistectomia, exploração segura das vias biliares e retirada dos cálculos, para evitar qualquer iatrogenia na via biliar, que representa um sério fator de complicação no pós operatório. Com a ascensão da cirurgia laparoscópica, surge o debate sobre qual é a melhor via de abordagem para o tratamento da Mirizzi. Alguns autores não considerem a laparoscopia como primeira escolha devido à dificuldade técnica na abordagem, sendo até mesmo considerada por alguns contraindicada essa abordagem para esse tipo de tratamento, de certo que todas essas questões dependem na experiência do cirurgião e equipe assistente<sup>13,14</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Shah OJ, Dar MA, Wani MA, Wani NA. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach. *ANZ J Surg* 2011;71:423-7
2. Fonseca Neto OCL, Pedrosa MGL, Miranda AI. Surgical management of Mirizzi syndrome. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2008;21(2):51-4.
3. 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.
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.
5. Ibrarullah MD, Mishra T, Das AP. Mirizzi syndrome *Indian J Surg* 2008;70:281–287.
6. Safioleas M, Stamatakos M, Safionelas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases. *International Seminars in Surgical Oncology* 2008; 5:12
7. Dewar G, Chung SCS, Li AKL. Operative strategy in Mirizzi's syndrome. *Surg GynecolObstet*,1990;171:157-9.
8. Csendes A, Carlos Díaz J, Burdiles P, et alli. Mirizzi syndrome and cholecistobiliary fistula: a unifying classisication. *Br J Surg* 1989;76:1139-43.
9. Baer Hu, Matthews JB, Schweizer WP, Gertsch P, Blumgart LH. Manegemente of Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystcholedochal fistula. *Br J Surg* 1990;77:743-5.
10. Rohatgi A, Singh K.K. Mirizzi syndrome: laparoscopic management by subtotal cholecystectomy. *Surg Endosc.* 2006; 20:1477-1481/.
11. Crema E, Silva SM, Bechara MIS, Marques SM, Pastore R, Silva AA. Síndrome de Mirizzi: Causa Comum de Conversão da Colecistectomia Laparoscópica. *Rev bras videocir* 2004;2 (2):75-78
12. Waisberg J, Corona A, Abreu IW, Farah JFM, Lupinacci RA, Goffi FS. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management. *Arq Gastroenterol* 2005;42(1):13-8
13. Berta R, Pansini GC,Zamboni P, Navarra G, Bertasi M, Vasquez G, Li Boni A. Laparoscopic treatement of Mirizzi's syndrome. *Minerva Chir* 1995; 50(6): 547-52.
14. Presta L, Ragozzino A, Perrotti P, Antropoli C, Molino D, Deritis R, Mosca A. Detection of Mirizzi's syndrome with magnetic resonance cholangiopancreatography: laparoscopic or open aproach. *Surg Endosc* 2002; 16(10): 1494-5.