ARTÍCULO ORIGINAL
Rev. Cient. Memoria del Posgrado
Vol 5 (2). 2024; 84 - 90
ISSN: 2789-8024 (impreso)
ISSN: 3005-4354 (en línea)

Prevalencia del sindrome de Mirizzi como complicación de la colecistitis aguda y las tendencias actuales en diagnóstico y tratamiento en el servicio de cirugía del Hospital Municipal La Paz

Prevalence of Mirizzi syndrome as a complication of acute cholecystitis and current trends in diagnosis and treatment in the surgery service of the La Paz Municipal Hospital

Tancara-Vargas Wilfredo*
Orcid: https://orcid.org/0009-0002-4623-8308

*Cirujano General de la Caja Bancaria Estatal de Salud (CBES) La Paz-Bolivia, Instructor de Centro de Entrenamiento en Laparoscopía (CELAP). La Paz - Bolivia.

DOI: https://doi.org/10.53287/iyqt7379zk48d

Autor de correspondencia:
wtancarav@gmail.com

Recibido: 01/07/2024
Aceptado: 20/09/2024

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Mirizzi, es la complicación aguda de un lito biliar atascado en el infundíbulo de la vesícula biliar ocasionando un proceso inflamatorio secundario, formando una fístula con la vía biliar.
Objetivo: Determinar la prevalencia del Síndrome de Mirizzi como complicación de la colecistitis aguda y las tendencias actuales de diagnóstico y de tratamiento en el servicio de cirugía del Hospital Municipal “La Paz”, durante el periodo de 2014 al 2019.
Material y métodos: Descriptivo, transversal y retrospectivo, con una población de 2728 en estudio, diagnosticados Síndrome de Mirizzi en 18 casos (0,65%).
Resultados: Con diagnostico por ecografía de preoperatorio Síndrome de Mirirzzi 3 casos (17%), la población predominante femenina 14 casos (78%), grupo etáreo de 50 a 54 años, laboratorialmente la fosfatasa alcalina elevada en 13 casos (72%) 664 mg/dl, bilirrubina total elevada en 10 casos (56%) 6 mg /dl. Colangio Pancreatografia Retrograda Endoscopica con Síndrome de Mirizzi en 3 casos (17%). Se utilizó la clasificación de Beltrán/Cscendes 2008 tipo I: 4 casos (22%), tipo II: 5 casos (28%), tipo III: 6 casos (33%), tipo IV: 2 casos (11%), tipo V: 1 caso fistula colecistoentérica, fistula colecistoduodenal (6%). El manejo fue colecistectomía subtotal/parcial y Colecistectomía total, no se tuvo mortatilidad. Las patologías predisponentes son: coledocolitiasis, colecistitis Crónica litiasica, colecistitis aguda litiasica, Síndrome Ictérico, Colangitis, Pancreatitis Aguda, Quiste Hepático, CA Vesicular, Fistula colecisto biliar.
Conclusiones: La terapéutica del Síndrome de Mirizzi será personalizado acorde a experiencia de protocolos internacionales adaptados a nuestro medio.
Palabras Clave: Síndrome de Mirizzi, Fistula colecistoduodenal, Fístula Colecistoentérica.

ABSTRACT

Introduction: Mirizzi Syndrome is the acute complication of a biliary stone stuck in the infundibulum of the gallbladder causing a secondary inflammatory process, forming a fistula with the bile duct.
Objetive: To determine the prevalence of Mirizzi Syndrome as a complication of acute cholecystitis and the current diagnostic and treatment trends in the surgery service of the Municipal Hospital "La Paz", during the period from 2014 to 2019.
Material and methods: Descriptive, cross-sectional and retrospective, with a population of 2728 under study, diagnosed with Mirizzi Syndrome in 18 cases (0.65%).
Results: With diagnosis by preoperative ultrasound Mirizzi syndrome 3 cases (17%), the predominant female population 14 cases (78%), age group 50 to 54 years, laboratory elevated alkaline phosphatase in 13 cases (72%) 664 mg / dl, elevated total bilirubin in 10 cases (56%) 6 mg / dl. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography with Mirizzi syndrome in 3 cases (17%). The Beltrán / Cscendes 2008 classification was used: type I: 4 cases (22%), type II: 5 cases (28%), type III: 6 cases (33%), type IV: 2 cases (11%), type V: 1 case cholecystoenteric fistula, cholecystoduodenal fistula (6%). The management was subtotal/partial cholecystectomy and total cholecystectomy, there was no mortality. The predisposing pathologies are: choledocholithiasis, chronic lithiasic cholecystitis, acute lithiasic cholecystitis, jaundice syndrome, cholangitis, acute pancreatitis, liver cyst, gallbladder CA, cholecystobiliary fistula.
Conclusions: The treatment of Mirizzi syndrome will be personalized according to the experience of international protocols adapted to our environment..
Key Words: Mirizzi syndrome, cholecystoduodenal fistula, cholecystoenteric fistula.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Mirizzi, es la complicación aguda en la enfermedad de los cálculos biliares[1]. Muy temida por los Cirujanos, siendo elevado el riesgo de lesión de la vía biliar[2]. El termino en honor a Pablo Luis Mirizzi cirujano argentino, quien realizó la primera colangiografía quirúrgica[3].

En Argentina, Acquafresca P., en su experiencia 14 casos síndromes de Mirizzi con una prevalencia fue de 0,65%[3].

En Paraguay Mendez y Samaniego, realizó 2141 colecistectomías en 16 casos con Síndrome de Mirizzi (0,75%), 14 mujeres y 2 hombres. Presentando: Dolor abdominal 13 (81%), Ictericia 7 (62,5%) y Fiebre 55 (31%). La ecografía abdominal reveló colecistolitiasis en 15 casos, (2 con signos inflamatorios agudos) y coledocolitiasis en 1 paciente, con el colédoco mayor a 7 mm en 10 pacientes, en 2 casos con de Síndrome de Mirizzi[4].

En Chile Beltran y Csendes, realizó 5,673 colecistectomía electiva o de emergencia, se encontraron 327 (5.7%) casos de Síndrome de Mirizzi y 105 (1.8%) pacientes con fístula colecistoenterica. En 94 casos (89,5%) pacientes con fístula colecistoenterica también tenían un síndrome de Mirizzi asociado[5,6].

En virtud a lo antedicho nuestro objetivo es determinar la prevalencia del Síndrome de Mirizzi como complicación de la colecistitis aguda y las tendencias actuales en diagnóstico y tratamiento en el servicio de cirugía del Hospital Municipal “La Paz”, durante el periodo de 2014 a 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fisiopatológicamente está dada por un proceso inflamatorio secundario, acompañada de una solución de continuidad por efecto de compresión de un lito biliar atascado en el infundíbulo de la vesícula biliar, este erosionará y horadará hasta la vía biliar, llegando a formar una fistula: colecisto coledociana, colédoco duodenal ó colecisto hepática, mostrándonos diferentes presentaciones de subtipos y estadios en el síndrome de Mirizzi[7].

El presente estudio se considera descriptivo retrospectivo y transversal.

Nuestra población en estudio fue 2728 pacientes en los periodos de 2014 al 2019, 18 pacientes diagnosticados como Síndrome de Mirizzi, tratados quirúrgicamente con antecedente de Patología Biliar. Se recolectó la información de historias clínicas, de cuadernos de quirófano y de registro en sala de internación en el Servicio de Cirugía General del Hospital “La Paz”, se tabulo por medio de tablas simples, se las analizó cuantitativamente y cualitativamente mediante la interpretación y discusión de los resultados en: Microsoft Word, Microsoft Excel, SPSS 25.

RESULTADOS

Desde el 2014 al 2019 fueron 2728 pacientes por diferentes patologías, 1933 casos (70,8 %) del total corresponden a patología biliar, de los 1933 (100%) de patología Biliar, 832 casos (43%) con Colecistitis Crónica Litiásica, 797 casos (41%) con Colecistitis Aguda Litiasica, 304 casos (16%) Pancreatitis de origen biliar, Coledocolitiasis y Colangitis. 18 casos (0,93%) fueron diagnosticados y tratados como Síndrome de Mirizzi.

La prevalencia en el periodo de 6 años de síndrome de Síndrome de Mirizzi fue 0,65 % tratado quirúrgicamente.

Se utilizó la clasificación de Beltrán/Cscendes 2008, los cuales todos fueron incluidos en la nueva clasificación.

El género más afectado es sexo femenino 14 pacientes 78 % y sexo masculino 4 pacientes 22 % (cuadro N° 1).

El examen sensible de predicción del Síndrome de Mirizzi fue la Ultrasonografía 3 casos (17%), con confirmación intraoperatoria de fistula estos casos fueron Beltran/Cscendes tipo III.

Laboratorialmente: la Aspartatoaminotransferasa elevada 9 casos (50 %) con un rango medio de 115 UI/L (25-281), Alaninoaminotransferasa en 9 casos (50%) con un rango medio de 120,9 UI/L (19-

297), Fosfatasa alcalina 13 casos (72 %) con rango medio de 664 mg /dl (127-1544), con Bilirrubina Total 13 casos (72%) con rango medio de 6,5 mg /dl (0,8-20), con Bilirrubina Directa 12 casos (67%) con rango medio de 5 mg /dl (0,2-13), con Bilirrubina Indirecta en 12 casos (67%) con rango medio de 2 mg /dl (0,1-7).

El nivel de proyección de la Línea de Tuffier en la mayoría está en el EIV L4 – L5 50% (12), apófisis espinosa L5 29% (7) y apófisis espinosa L4 21% (5) (figura Nº 2).

Cuadro N° 1. Resumen de la Presentación Clínica.

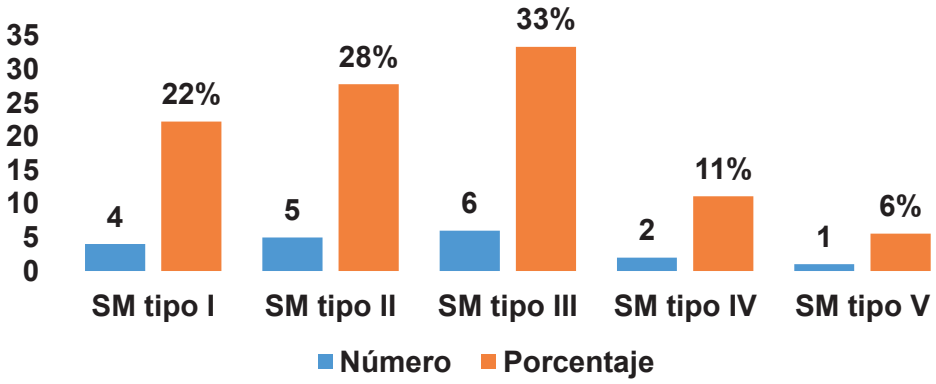
Variables	Número	%
Características demográficas		
Edad, años, media (rango)	48	27-71
Sexo , Masculino/Femenino	4/14	22% - 78%
Manifestaciones clínicas		
Dolor abdominal	18	100
Ictericia Obstructiva	9	50
Nauseas/Vómitos	14	78
Fiebre	5	28
Anorexia	5	28
Prueba de función hepática		
Aspartatoaminotranferasa U/L media (rango)	9	50
Aspartatoaminotranferasa U/L media (rango)	115	(25 - 281)
Alaninoaminotrasferasa media (rango)	9	50
Alaninoaminotrasferasa media (rango)	120,9	(19 - 297)
Fosfatasa Alcalina elevada	13	72
Fosfatasa Alcalina elevada	664	(127 - 1544)
Bilirrubina Total elevada	13	72
Bilirrubina Total mg/dl media (rango)	6,5	(0,8 - 20)
Bilirrubina Directa elevada	12	67
Bilirrubina Directa mg/dl media (rango)	5	(0,2 - 13)
Bilirrubina Indirecta elevada	12	67
Bilirrubina Indirecta mg/dl media (rango)	2	(0,1 - 7)
Imagenología		
Ecografía,	3	17
Sugestivo de SM	3	17
Colangiopancreatografía retrograda endoscópica,	3	17
Sugestivo de SM	1	6
Esfinterotomía	3	17
Otro procedimiento		
Diagnóstico preoperatorio		
Síndrome de Mirizzi	3	17
Síndrome Ictérico	10	56
Colangitis	5	28
Coledocolitiasis	2	11
Colecistitis Aguda Litiásica	10	56
Colecistitis Crónica Litiásica	7	39

Fuente: Elaboración propia, WTV

El diagnóstico Preoperatorio fue: Síndrome de Mirizzi 3 (17%), Síndrome Ictérico 10 casos (56 %), Colangitis 5 casos (28 %), Coledocolitiasis 2 casos (11%), Colecistitis Aguda Litiásica 10 (56%), Colecistitis Crónica Litiásica reagudizada 7 (39%), los diagnósticos de inicio de forma combinada.

La clasificación del Síndrome de Mirizzi tipo I son 4 casos (22%), al tipo II 5 casos (28%), tipo III 6 casos (33%), tipo IV 2 casos (11%), tipo V 1 caso (6%), a predominio de los tipos II y III. (figura N° 1).

Figura N° 1. Número y porcentaje de pacientes según la clasificación del sindrome de Mirizzi



Terapéuticamente, se intentó colecistectomía laparoscópica en 5 casos (28%), sin éxito resueltos por conversión a Cirugía Abierta. El resto se resolvió por Cirugía abierta en 13 pacientes (72%), en 3 casos hubo lesión de la vía biliar (16%) por disección con tejido fibrótico en el área hepatocístico, adherencias del triángulo de Calot 13 casos (72%), con anatomía incierta del hilio Biliar en 8 casos (44%). Se utilizaron drenaje biliar Sonda en T en 9 casos (50%) y como opción alterna Sonda nelaton transcistico en 7 casos (39%). Se realizaron Colangiografía intraoperatoria 9 casos (50%).

En pacientes con Síndrome de Mirizzi tipo I: 2 casos (11,1 %), Síndrome de Mirizzi tipo III: 4 casos (22,2 %), en Síndrome de Mirizzi: tipo V (5,6%), se trataron con una colecistectomía subtotal/parcial 7(39%), y en paciente con Síndrome de Mirizzi tipo I: 2 caso (11,1), Síndrome de Mirizzi tipo II: 5 casos (27,8%), en Síndrome de Mirizzi tipo III: 2 casos (11,1%), en Síndrome de Mirizzi tipo IV: 2 casos (11,1) a Colecistectomía total 11(61%); ninguno requirió hepatoyeyunostomía o Coledocoyeyunostomía, como refiere la literatura (cuadro Nº 2).

Cuadro N° 2. Resumen de la Presentación Clínica.

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS	Mirizzi I *n*: 4	%	Mirizzi II *n*: 5	%	Mirizzi III *n*: 6	%	Mirizzi IV *n*: 2	%	Mirizzi V *n*:1	%	TOTAL *n:18*	%
Cirugía Laparoscópica	2	11	2	11	1	6	-	-	-	-	**5**	**28**
Exitoso:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
Cirugía Convertida a Abierta:	2	11	2	11	1	6	-	-	-	-	**5**	**28**
Cirugía Abierta	2	11	3	17	5	28	2	11	1	6	**13**	**72**
Exitoso:	2	11	3	17	4	22	2	11	1	6	**12**	**67**
Lesión de la Vía Biliar	-	-	1	6	-	-	1	6	1	6	**3**	**17**
Adherencias en Triangulo de Calot	3	17	5	28	2	11	2	11	1	6	**13**	**72**
Anatomía incierta del hilio biliar	1	6	2	11,1	2	11	2	11	1	6	**8**	**44**
Procedimiento Quirúrgico												
Colecistectomía total	2	11	5	28	2	11	2	11			**11**	**61**
Colecistectomía subtotal y/o parcial	2	11			4	22			1	6	**7**	**39**
Hepatoyeyunostomia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
Coledocoyeyunostomia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
Procedimientos Intraopetorios												
Colagioscopia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
Colangiografia			4	22	4	22			1	6	**9**	**50**
Calculo retenido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
Fuga Biliar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
Sonda t			2	11	5	28	2	11			**9**	**50**
Otra sonda (Sonda Nelaton transcistico)	1	6	3	17	1	6	1	6	1	6	**7**	**39**
Gestión de fístula												
Cierre primario *n:*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**

DISCUSIÓN

En vista de las proyecciones dramáticas de la prevalencia del Síndrome de Mirizzi a nivel mundial y en nuestro medio. La prevalencia en este estudio del Síndrome de Mirizzi fue 0,65%, muy similar a nivel mundial. Epidemiológicamente la enfermedad afecta desproporcionadamente a las mujeres, estimado de 14 millones de mujeres afectadas cada año en comparación con los 6 millones de hombres[8]. Corroborado en nuestro estudio a predominio en mujeres acorde a estudios de Csendes y Beltran[5,6], Seah[9].

La presentación clínica Acquafresca P.[3] nos indica en su publicación: dolor en hemi abdomen superior derecho, ictericia, náuseas y vómitos, con sintomatología de 3 meses de evolución. Samaniego[4] refiere dolor abdominal, ictericia y fiebre. Wei Ming Seah[9] indica dolor abdominal (67.7%), Ictérica Obstructiva (49.2%) Nauseas/ vómitos (40%), Fiebre (29.2%), Anorexia (29%), en nuestra experiencia la presentación clínica fue: Dolor abdominal, Nauseas vómitos, Ictericia, Fiebre y Anorexia.

Laboratorialmente hay patrón obstructivo Seah[6] donde la fosfatasa alcalina se elevó en 93,8%, Hirdaya Hulas Nag[10] refiere elevación de Fosfatasa alcalina con una media de 224,7 mg /dl, en nuestro estudio la fosfatasa alcalina se elevó además de la Bilirrubina total a predominio de la directo.

Los estudios imagenológicos de mayor especificidad de diagnóstico preoperatorio, según Castor Samaniego[1], Mohammed H.A. Al-Akeely[11], la Ecografía y la Tomografía Axial Computada es sensible y en el caso de la colangio pancreatografia retrograda endoscópica 63% segun Seah[9], recomienda el uso de la Colangio resonancia magnética, sensible para Síndrome de Mirizzi 88,9%, seguida de tomografía computarizada 40% y ecografía 11,4%. Colangio pancreatografia retrograda endoscopica sugirió en 65.9% Síndrome de Mirizzi, en nuestro estudio el estudio fue ecografía 17 % y por colangio pancreatografia retrograda endoscopica 17%.

El manejo y la terapéutica quirúrgica actual, la cirugía laparoscópica ha sido demostrado ser posible en pacientes con Sindrome de Mirizzi Csendes y Beltran[5,6]. La tendencia actual del enfoque de tratamiento con Síndrome de Mirizzi es la colecistectomía laparoscópica, siendo técnicamente difícil y asociado con un alto riesgo de complicaciones iatrogénicas, especialmente lesión del conducto biliar[12,13]. El abordaje intracolecístico o el abordaje de la colecistectomía dentro de la vesícula biliar evita la disección del triángulo de Calot y, por lo tanto, evita el riesgo de lesión del conducto biliar[14].

Jiannan Zhao[15] dan lineamientos de seguridad y viabilidad de los enfoques laparoscópicos para el tratamiento del síndrome de Mirizzi, será seguro y factible en manos de cirujanos laparoscópicos experimentados, especialmente para los tipos I y II según la clasificación de Csendes[11]. Los expertos en resolución por laparoscopia avanzada recomiendan tener un ensayo de disección y proceder solo si la visión crítica de la seguridad se puede delinear progresivamente, pero con un umbral bajo para la conversión abierta, si la anatomía no está clara[9,15].

CONCLUSIÓN

La gran importancia es un manejo precoz del Síndrome de Mirizzi personalizado acorde a experiencia de protocolos internacionales adaptados a nuestro medio.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Samaniego A Castor, Sanabria Z Valeria, Filártiga L Aníbal. Experiencia en tratamiento del Síndrome de Mirizzi. Rev Chil Cir [Internet]. 2006 Ago [citado 2023 Nov 03] ; 58(4): 276-280. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000400008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000400008.

2. 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

3. Acquafresca P, Palermo M, Blanco L, Síndrome de Mirizzi: Prevalencia, diagnóstico y Tratamiento,Acta Gastroentero. 2014;44(4)323-328.

4. Méndez, Elvio 1; Samaniego, Castor 2, El manejo del síndrome de Mirizzi, Cir. Parag. Vol. 37; Nº 1. 2013

5. Beltran M, Csendes A, Cruces C, The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification, World J Surg (2008) 32:2237–2243. DOI 10.1007/s00268-008-9660-3.

6. Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. Br J Surg 1989; 76:1139–43.

7. James A. Knol, Frederic E. Eckhauser. Capitulo 8 Cabeza y cuello. En: Shackelford Zuidema, Yeo Director. Cirugía del Aparato digestivo. 5ta. Edición. Buenos Aires Argentin: Editorial Medica Panamericana; 2002 p. 996-1006.

8. Everhart JE, Khare M, Hill M, et al. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. Gastroenterology 1999;117(3):632–9.

9. Wei Ming Seah, a Ye Xin Koh, a Peng Chung Cheow, A Retrospective Review of the Diagnostic and Management Challenges of Mirizzi Syndrome at the Singapore General Hospital, Dig Surg. 2018;35(6):491-497. doi: 10.1159/000484256.

10. Nag HH, Nekarakanti PK, Laparoscopic versus open surgical management of patients with Mirizzi's syndrome: A comparative study, J Minim Access Surg. 2019 Apr 24. doi: 10.4103/jmas.JMAS_33_19

11. Mohammed H.A. Al-Akeely, MBBS, CABS, Mohammed K. Alam, MBBS,, Mirizzi Syndrome: Ten Years Experience from a Teaching Hospital in Riyadh, World J Surg (2005) 29: 1687–1692, DOI: 10.1007/s00268-005-0100-3.

12. Antoniou SA, Antoniou GA, Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: A systematic review. Surg Endosc 2010;24:33-9.

13. Erben Y, Benavente-Chenhalls LA, Donohue JM, Que FG,, Kendrick ML, Reid-Lombardo KM, et al. Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: 23-year Mayo clinic experience. J Am Coll Surg 2011;213:114-9.

14. Nag HH, Gangadhara VB, Dangi A. Intra-cholecystic approach for laparoscopic management of Mirizzi's syndrome: A case series. J Minim Access Surg 2016;12:330-3.

15. Zhao J, Fan Y, Wu S, Safety and feasibility of laparoscopic approaches for the management of Mirizzi syndrome: a systematic review. Surg Endosc. 2020 Jul 13. doi: 10.1007/s00464-020-07785-0.