

## COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MIRIZZI

Marcel Autran C. Machado, Julio R.M. Rocha, Caio Bove e Marcel C. C. Machado

MACHADO, M.A.C. e col. - Colecistectomia videolaparoscópica em paciente com síndrome de Mirizzi

Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 52(6): 324-327, 1997

**RESUMO:** Mirizzi descreveu, em 1948, uma síndrome caracterizada por obstrução do ducto hepático comum causado por um cálculo no infundíbulo vesicular ou no ducto cístico. Esta síndrome é conhecida hoje pelo nome do autor que a descreveu.

A presença de processo inflamatório exerce papel importante na etiopatogenia, promovendo a aderência de estruturas vizinhas, mais comumente o colédoco, duodeno e o cólon, à vesícula biliar. Isto pode gerar aderência entre estas estruturas. Esta é uma das complicações da colelitíase de longa duração. Os autores apresentam o caso de uma paciente de 48 anos que apresentava quadro de dor em hipocôndrio direito há muitos anos, tendo sido feito o diagnóstico há cerca de oito anos através de ultra-sonografia. No entanto, esta paciente só foi submetida a intervenção cirúrgica após longo período de tempo. No intra-operatório foi encontrada obstrução do ducto hepático comum causado por um cálculo de grandes dimensões localizado no infundíbulo vesicular. Devido à intensa aderência entre a vesícula e o hepático comum, e ao risco de lesão biliar, optou-se por deixar tecido vesicular aderido ao hepatocolédoco, seccionando-se o infundíbulo e evitando a dissecação desta região extremamente inflamada. A colangiografia intra-operatória mostrou-se normal. A paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta no segundo dia de pós-operatório.

Com a crescente utilização da videolaparoscopia no tratamento de afecções biliares, torna-se imprescindível o conhecimento desta complicação sob pena de se provocar lesões graves do trato biliar. O quadro clínico pouco específico e as dificuldades do diagnóstico pré-operatório tornam importante a suspeita da presença de tal lesão quando se encontra processo inflamatório e aderências da vesícula ou via biliar a vísceras adjacentes.

**DESCRIPTORIOS:** Colecistectomia laparoscopia síndrome de Mirizzi

Mirizzi descreveu, em 1948, uma síndrome caracterizada por obstrução do ducto hepático comum causado por um cálculo no infundíbulo vesicular ou no ducto cístico. Esta síndrome é conhecida hoje pelo nome do autor que a descreveu<sup>6</sup>. A presença de processo inflamatório exerce papel importante na etiopatogenia, promovendo a aderência de estruturas vizinhas, mais comumente o colédoco, duodeno e o cólon, à vesícula biliar. Isto pode gerar aderência entre estas estruturas. Esta é uma das complicações da colelitíase de longa duração.

Constitui uma afecção rara apesar de tratar-se de complicação de uma patologia muito freqüente da prática médico-cirúrgica, que é a litíase biliar. Na maioria das vezes não apresenta quadro clínico característico, sendo muitas vezes diagnosticada no período intra-

operatório<sup>4</sup>. Incidem geralmente em pacientes do sexo feminino e com idade avançada e, dependendo do grau de acometimento da via biliar podem ser agrupadas em quatro tipos distintos<sup>9</sup>.

Os autores apresentam o caso de uma paciente portadora de síndrome de Mirizzi, tratada exclusivamente por via videolaparoscópica.

### RELATO DE CASO

F.T.S., 48 anos, paciente do sexo feminino que apresentava quadro de dor em hipocôndrio direito há muitos anos, tendo sido feito o diagnóstico há cerca de oito anos através de ultra-sonografia. No entanto, esta paciente só foi submetida a

---

Trabalho realizado no Hospital do SESI e Serviço de Cirurgia das Vias Biliares e Pâncreas do Hospital das Clínicas - FMUSP.

---

intervenção cirúrgica após longo período de tempo. Não apresentava qualquer antecedente cirúrgico. O exame físico era normal, bem como os exames laboratoriais. A ultra-sonografia abdominal não mostrava qualquer alteração além da litíase biliar. A paciente não apresentava qualquer contra-indicação a intervenção por via videolaparoscópica sendo indicada colecistectomia por este método. O preparo pré-operatório foi habitual. No intra-operatório foi encontrada vesícula biliar de parede espessada, repleta de cálculos e de difícil apreensão por pinça atraumática. Observou-se enorme cálculo impactado em região infundibular. O colédoco apresentava-se aparentemente dilatado e próximo ao infundíbulo da vesícula biliar. Iniciou-se a dissecação cuidadosa do pedículo vesicular com ligadura e secção da artéria cística seguido de dissecação do ducto cístico que apre-

sentava trajeto curto com cerca de 5 mm de extensão. À sua dissecação procedeu-se colangiografia intra-operatória que mostrava diminuição do calibre do ducto hepático comum cerca de 1 cm acima da inserção do cístico, com aparente compressão extrínseca e ausência de coledocolitíase. O ducto cístico foi então ligado e iniciou-se a dissecação da vesícula biliar do seu leito hepático de forma cístico-fundica. No entanto foi observado intensa aderência inflamatória entre o infundíbulo, preenchido por enorme cálculo e a via biliar principal. Optou-se por dissecação fundo-cística da vesícula biliar. Após liberação da vesícula biliar até a região do infundíbulo, foi encontrada obstrução do ducto hepático comum causado por um cálculo de grandes dimensões localizado no infundíbulo vesicular. Devido à intensa aderência entre a vesícula e o hepático comum, e ao risco de lesão biliar, optou-se por deixar tecido vesicular aderido ao hepatocolédoco, seccionando-se o infundíbulo e evitando a dissecação desta região extremamente inflamada (Figura 1). A intervenção foi completada com limpeza e revisão da cavidade, a qual descartou qualquer tipo de lesão da via biliar principal ou saída de bile da região anteriormente estenosada pelo cálculo, não se demonstrando fistula biliar nesta área. A paciente evolu-

iu sem intercorrências recebendo alta no segundo dia de pós-operatório. A paciente apresenta-se bem, sem complicações, durante o seguimento tardio.

## DISCUSSÃO

Mirizzi<sup>6</sup> descreveu uma síndrome caracterizada por obstrução do ducto hepático comum causado por um cálculo no infundíbulo vesicular ou no ducto cístico. Esta síndrome, foi classificada em dois tipos distintos por Corlette e Bismuth<sup>2</sup>: Tipo I quando ocorre trajeto fistuloso entre a vesícula biliar e hepático comum ou colédoco, com ducto cístico intacto e tipo II quando a comunicação é feita ao nível do ducto cístico. O outro tipo de fistula bilio-biliar corresponde aquele que compromete os ductos hepáticos direito e esquerdo.

Recentemente, Nagakawa e cols.<sup>9</sup> descreveram uma nova classificação da síndrome de Mirizzi do ponto de vista de diagnóstico e terapêutico. Estes autores dividiram-na em quatro tipos distintos (Figura 2):

- *Tipo I* - definido como estenose do ducto hepático comum causado por um cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo vesicular.

- *Tipo II* - caracterizado como fistula do ducto hepático comum como resultado de cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo vesicular.
- *Tipo III* - caracterizado como estenose do ducto hepático causado por cálculo na confluência colecisto-coledociana.
- *Tipo IV* - definido como estenose do ducto hepático como conseqüência de colecistite sem a presença de cálculo no ducto cístico ou infundíbulo vesicular.

O presente trabalho descreve o tratamento por via videolaparoscópica de paciente portador de síndrome do tipo I (Figura 2), segundo classificação de Nagakawa<sup>9</sup>. Este tipo é o mais freqüentemente encontrado. Por não haver trajeto fistuloso entre o infundíbulo vesicular e o ducto hepático comum não houve extravasamento de bile após secção do infundíbulo. A liberação do tecido vesicular aderido ao ducto hepático comum não só é perigosa como desnecessária. Por este motivo foi deixado "patch" de vesícula biliar sobre esta área afetada.

A síndrome de Mirizzi constitui uma afecção rara apesar de tratar-se de complicação de uma patologia muito freqüente da prática médico-cirúrgica, que é a litíase biliar. Na maioria das

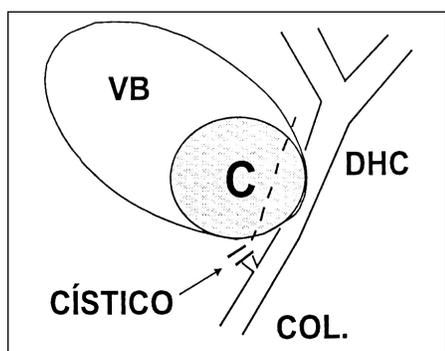


Fig. 1 - Desenho esquemático do achado intra-operatório. O local da secção do infundíbulo está representado pela seta. C = cálculo; VB = vesícula biliar; col. = colédoco; DHC = ducto hepático comum.

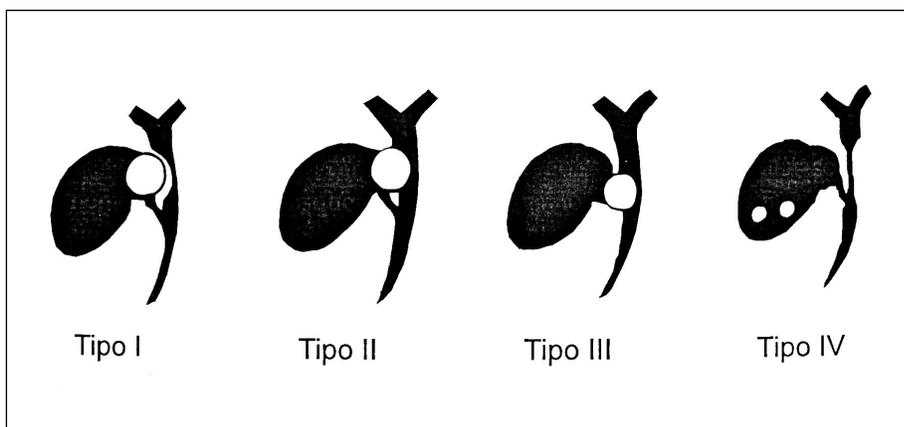


Fig. 2 - Classificação da síndrome de Mirizzi segundo Nagakawa. (Modificado de Nagakawa et al.º).

vezes não apresenta quadro clínico característico, sendo muitas vezes diagnosticada no período intra-operatório<sup>5</sup>. Incidem geralmente em pacientes do sexo feminino e com idade avançada. A presença de processo inflamatório exerce papel importante na etiopatogenia, promovendo a aderência de estruturas vizinhas à via biliar principal. A apresentação clínica dos sintomas e a duração da doença é variável. A presença de obstrução parcial da via biliar contribui para o desenvolvimento de colangite que pode agravar o quadro clínico destes pacientes<sup>11,16</sup>. A associação com coledocolitíase ocorreu em 46,1% dos nossos casos, em trabalho previamente publicado.

O diagnóstico pode ser feito através de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada pela demonstração de estenose ou compressão ao nível do ducto hepático comum ou colédoco e contração da vesícula biliar concomitante a falha de enchimento em segmento da via biliar<sup>7</sup>. No entanto, em trabalho publicado anteriormente, em nenhum dos nossos casos o diagnóstico foi feito no pré-operatório, apesar de um deles ter sido submetido a colangiografia pré-operatória<sup>3</sup>.

No tratamento da síndrome de Mirizzi, a colecistectomia constitui o primeiro passo do tratamento cirúrgico. Na síndrome de Mirizzi do tipo I, a colecistectomia isoladamente constitui o tratamento de escolha, no entanto, muitas vezes há necessidade de dissecação cuidadosa da área atingida e pode-se deixar um "patch" de vesícula biliar para evitar lesão acidental da via biliar principal. Nas fistulas entre a vesícula biliar e os ductos hepáticos direito ou esquerdo e na síndrome de Mirizzi do tipo II, a sutura do orifício fistuloso

deve ser tentada e quando não existe esta possibilidade, a anastomose bilio-digestiva é uma alternativa terapêutica importante<sup>7</sup>. No tratamento cirúrgico da síndrome de Mirizzi do tipo III, a dissecação ao nível do ducto cístico e do triângulo de Calot, leva a abertura do orifício fistuloso e da via biliar principal, resultando em tecido ductal insuficiente para sutura satisfatória do ducto<sup>2</sup>. Por este motivo, a técnica de Sandblom e col.<sup>13</sup> apresenta bons resultados. Nesta técnica, a colecistectomia deve ser iniciada por via anterógrada, seguida da abertura do fundo da vesícula biliar, retirada dos cálculos, colecistectomia parcial preservando o infundíbulo. O dreno de Kehr é colocado no colédoco através do orifício infundibular, sendo realizada sutura do infundíbulo ao redor do dreno. A utilização do infundíbulo vesicular para fechar a brecha coledociana tem a vantagem de ser vascularizada e ser constituída de mucosa semelhante<sup>3</sup>. Em algumas situações, esta técnica pode ser substituída por anastomose bilio-digestiva. No tratamento da síndrome de Mirizzi do tipo IV, a reconstrução do trato biliar geralmente é necessária.

Com a crescente utilização de técnica laparoscópica para o tratamento de afecções biliares, torna-se imprescindível o conhecimento destas complicações sob pena de se provocar lesões graves do trato biliar<sup>12</sup>. O quadro clínico pouco específico e as dificuldades do diagnóstico pré-operatório tornam importante a suspeita da presença de tais lesões quando se encontra processo inflamatório e aderências da vesícula ou via biliar a vísceras adjacentes.

A via videolaparoscópica nem sempre permite o tratamento de todos os pacientes portadores da síndrome de

Mirizzi. Esta complicação da litíase biliar, é considerada por vários autores, uma das causas mais importantes de conversão em pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica<sup>12,14,15</sup>. Em alguns casos, como o presente relato, a correção por via exclusivamente videolaparoscópica é possível<sup>11,10</sup>. Entretanto alguns autores necessitaram de abordagem multidisciplinar para resolução do quadro<sup>14</sup>.

Por outro lado, existem autores que acham que a via videolaparoscópica constitui uma contra-indicação para o tratamento da síndrome de Mirizzi<sup>8</sup>. Como nem sempre existe a suspeita desta complicação no pré-operatório, muitas vezes o cirurgião se depara com esta complicação no intra-operatório de uma colecistectomia laparoscópica. Neste momento há necessidade por parte do cirurgião, extrema cautela e experiência em cirurgia das vias biliares e o cirurgião não deve hesitar em converter para via laparotômica quando houver qualquer dúvida anatômica ou risco de lesão da via biliar principal. Acreditamos ainda que o tratamento definitivo deva ser realizado, se possível, em um tempo operatório único, nem que para isso seja necessária a conversão.

Sabemos que atualmente o treinamento cirúrgico de residentes em se tratando de colecistectomia aberta é limitado<sup>15</sup>. Entretanto, casos complicados são ocasionais mas inevitáveis, principalmente devido a dificuldade diagnóstica pré-operatória. Por este motivo o cirurgião laparoscópico deve ter a habilidade necessária para o tratamento de tais pacientes, seja por via videolaparoscópica, nem sempre possível, ou por via laparotômica.

REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS

1. BERTA, R.; PANSINI, G.C.; ZAMBONI, P.; NAVARRA, G.; BERTASI, M.; VASQUEZ, G. & LIBONI, A. - Trattamento laparoscopico della sindrome di Mirizzi. *Minerva Chir* 50(6):547-52, 1995.
2. CORLETTE, M.B. & BISMUTH, H. - Biliobiliary fistula. *Arch Surg* 110:377-383, 1975.
3. FAN, S.T.; LAU, W.Y.; LEE, M.J.R.; WONG, K.P. & WONG, K.K. - Cholecystohepaticoduochal fistula: the value of pre-operative recognition. *Br J Surg* 72:743-744, 1985.
4. FERNANDEZ, L.S. & GARCIA, A.P. Fístulas biliares internas espontáneas. *Rev Esp Enf Ap Dig* 65:437-444, 1984.
5. MACHADO, M.A.C.; JUKEMURA, J.; VOLPE, P.; ABDO, E.E.; PENTEADO, S.; BACCHELLA, T.; MONTEIRO-CUNHA, J.E.; MACHADO, M.C.C. & PINOTTI, H.W. - Fístulas biliares internas: estudo de 13 casos e revisão da literatura. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 50(1): 3-8, 1995.
6. MIRIZZI, P.L. - Síndrome del conducto hepático. *J Int Chir* 8:731-733, 1948.
7. MISHRA, M.C.; VASHISHTHA, S. & TANDON, R. - Biliobiliary fistula: preoperative diagnosis and management implications. *Surgery* 108:835-839, 1990.
8. MOSER, J.J.; BAER, H.U.; GLATTLI, A.; SCHWEIZER, W.; BLUMGART, L.H. & CZERNIAK, A. - Le syndrome de Mirizzi - une contre-indication a la chirurgie laparoscopique. *Helv Chir Acta* 59(4):577-80, 1993.
9. NAGAKAWA, T.; OHTA, T.; KAYAHARA M.; UENO, K.; KONISHI, I.; SANADA, H. & MIYASAKI, I. - A new classification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic viewpoints. *Hepato-Gastroenterology* 44:63-67, 1997.
10. PAUL, M.G.; BURRIS, D.G.; MCGUIRE, A.M.; THORFINNSEN, H.D. & SCHONEKAS, H. - Laparoscopic surgery in the treatment of Mirizzi's syndrome. *J Laparoendosc Surg* 2(4):157-63, 1992.
11. PORTER, J.M.; MULLEN, D.C. & SILVER, D. - Spontaneous biliary-enteric fistulas. *Surgery* 68:597-601, 1970.
12. POSTA, C.G. - Unexpected Mirizzi anatomy: a major hazard to the common bile duct during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc* 5(5):412-4, 1995.
13. SANDBLOM, P.; TABRIZIAN, M. & FLUCKIGER, A. - Repair of common bile duct defects using the gallbladder or cystic duct as a pedicled graft. *Surg Gynecol Obstet* 140:425-432, 1975.
14. SILECCHIA, G.; MATERIA, A.; BEZZI, M.; FIOCCA, F.; ROSATO, P.; DE LEO, A.; PIZZUTO, G.; PICCONI, T. & BASSO, N. - Minimally invasive approach in Mirizzi's syndrome. *J Laparoendosc Surg* 5(3):151-6, 1995.
15. WIDDISON, A.L.; NORTON, S. & ARMSTRONG, C.P. - Open cholecystectomy in the age of the laparoscope. *Ann R Coll Surg Engl* 77(4):256-8, 1995.
16. ZWEMER, F.L.; COFFIN-KWART, V.E. & CONWAY, M.J. - Biliary enteric fistulas. Management of 47 cases in native americans. *Am J Surg* 138:301-304, 1979.