



## SITUACIONES CLÍNICAS

# Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva

D. Palacios Martínez\*, M. Gutiérrez López y F.J. Gordillo López

Medicina de Familia, Centro Sanitario Ciudades, Área 10 Madrid, Getafe, Madrid, España

Recibido el 3 de septiembre de 2010; aceptado el 28 de octubre de 2010

Disponible en Internet el 26 de febrero de 2011

### PALABRAS CLAVE

Fístula biliar;  
Neoplasias de  
vesícula biliar;  
Colangiopancreatografía  
retrograda  
endoscópica;  
Colelitiasis

### KEYWORDS

Biliary fistula;  
Gallbladder  
neoplasms;  
Endoscopic  
retrograde cholangio-  
pancreatography;  
Cholelithiasis

**Resumen** El dolor abdominal es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. La variabilidad de entidades nosológicas que presenta complica su diagnóstico diferencial. Las principales causas de dolor en hipocondrio derecho son biliares (cólico biliar, colecistitis y colangitis). El síndrome de Mirizzi es una complicación que aparece en aproximadamente el 1% de los pacientes con colelitiasis. Consiste en la impactación de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula o el conducto cístico que comprime el conducto hepático común, pudiendo erosionarlo y generar una fístula colecisto-coledociana. Cursa clínicamente como ictericia obstructiva, asociándose frecuentemente a cáncer de vesícula. Se diagnostica mediante ecografía abdominal, confirmándose mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colangiografía percutánea o colangio-resonancia. Su tratamiento es quirúrgico, pudiendo realizarse por vía laparoscópica o abierta en función de su estadio.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

### Mirizzi Syndrome, a rare cause of obstructive jaundice

**Abstract** Abdominal pain is a common cause of consultation in primary care. The variability in disease conditions with this pain complicates differential diagnosis. The main causes of right upper quadrant pain are bile (biliary colic, cholecystitis and cholangitis). Mirizzi syndrome is a complication that occurs in approximately 1% of patients with cholelithiasis. It consists of the impaction of calculi in the neck of the gallbladder or cystic duct that compresses the common hepatic duct, which may erode and create a cholecystocholedochal fistula. It clinically appears as obstructive jaundice, frequently associated with gallbladder cancer. It is diagnosed by ultrasound, confirmed by endoscopic retrograde cholangiopancreatography, percutaneous cholangiography or resonance-cholangiopancreatography. Treatment is surgical and can be performed by laparoscopic or open surgery, depending on the staging.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [drdpalacios@gmail.com](mailto:drdpalacios@gmail.com) (D. Palacios Martínez).

## Introducción

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. La gran variedad de entidades que pueden causarlo dificulta su diagnóstico diferencial. Aunque los cuadros clínicos más severos pueden cursar con signos y síntomas específicos, más del 40% de los cuadros de dolor abdominal evolucionan de manera benigna, e incluso el 20% de ellos son diagnosticados como «dolor abdominal inespecífico».

Una de las causas de dolor abdominal focalizado en el hipocondrio derecho es la enfermedad biliar. Sus causas más frecuentes son el cólico biliar, la colecistitis o la colangitis. Clínicamente se caracterizan por la aparición súbita de epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho, pudiendo asociarse o no a náuseas y vómitos. Frecuentemente está causado por la obstrucción de los conductos cístico o colédoco por una colelitiasis.

El síndrome de Mirizzi (SM) es una complicación poco frecuente de los pacientes con colelitiasis, dándose en el 0,1% de los pacientes con enfermedad biliar<sup>1,2</sup> y el 1% de los pacientes con colelitiasis<sup>3</sup>. Clínicamente se caracteriza por un cuadro de ictericia obstructiva secundaria a la impactación de una litiasis en el infundíbulo de la vesícula o en el conducto cístico, comprimiendo el conducto hepático común y pudiendo originar una fístula colecisto-coledociana<sup>1,2</sup>. La ecografía abdominal es el método de imagen de elección para realizar el cribado, confirmándose el diagnóstico mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colangio-resonancia o colangiografía directa<sup>4</sup>. El SM se asocia a una mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar<sup>2,5</sup>, siendo su tratamiento de elección el quirúrgico<sup>6</sup>.

## Descripción del caso

Varón de 55 años que acudió a consulta de atención primaria por un cuadro de 3 días de evolución de fiebre, epigastralgia irradiada a la espalda y náuseas, que no cedió con analgesia habitual.

Antecedentes personales: alérgico a metazolol, trombosis de rama temporal inferior con afectación macular, hiperlipidemia mixta, hiperuricemia asintomática, dolor abdominal epigástrico crónico (tratado con procinéticos e inhibidores de la bomba de protones), hernia hiatal y divertículos en sigma.

Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg al día, amiloride/hidroclorotiazida 5/50 mg un comprimido diario, citalopram 20 mg al día, lorazepam 1 mg al día, amitriptilina 25 mg al día, omeprazol 20 mg al día.

Exploración física: temperatura 37,8 °C, ictericia cutánea, abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, hepatomegalia de 1 cm, Murphy positivo.

Ante la sospecha clínica de colecistitis complicada frente a colangitis se envió al paciente a urgencias para completar estudio.

En el servicio de urgencias se solicitaron las siguientes pruebas complementarias:

- Electrocardiograma y radiografía de tórax, sin hallazgos significativos.

- Análítica de sangre: se encontraron 8.210 leucocitos/ $\mu$ l con desviación izquierda; alanina transaminasa (ALT, GPT) 694 U/l; aspartato transaminasa (AST, GOT) 319 U/l; fosfatasa alcalina 290 U/l; bilirrubina total 6,7 mg/dl; bilirrubina conjugada 5,5 mg/dl; proteína C reactiva (PCR) 41,5 mg/dl (resto sin alteraciones significativas).
- Ecografía abdominal: barro biliar y litiasis en vesícula biliar, con una imagen quística alrededor del lecho vesicular indicativa de colección perivesicular.

Se decide hospitalización con el diagnóstico de «cólico biliar complicado con colestasis secundaria y posible colección perivesicular».

Durante el ingreso se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal que puso de manifiesto la presencia de colelitiasis y barro biliar, con importante dilatación de la vía biliar periférica y mínima colección perivesicular menor de 2 cm (¿bilioma frente a absceso?). Ante estos hallazgos se solicitó una CPRE y se pautó tratamiento conservador.

La CPRE mostró dilatación de la vía biliar extrahepática proximal a la inserción cística y de vía biliar hepática, indicativa de SM, colangitis aguda purulenta secundaria.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante colecistectomía laparoscópica, con recuperación completa en pocos días.

## Discusión

El SM es una complicación poco frecuente de la colelitiasis, presente en el 0,1% de los pacientes con enfermedad de la vesícula biliar y el 0,7-2,7% de las colecistectomías realizadas<sup>1,2</sup>.

Es una entidad clínica caracterizada por un cuadro de ictericia obstructiva secundaria a la impactación de una colelitiasis en el infundíbulo de la vesícula biliar o el conducto cístico, que realiza compresión extrínseca sobre el conducto hepático común. La presión generada puede erosionar la vía biliar, necrosando la zona de contacto entre la pared vesicular y la vía biliar y originando una fístula colecisto-coledociana<sup>1-3,7</sup>. El SM se asocia con mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar respecto a los pacientes que presentan colelitiasis aislada<sup>2,3,5</sup>.

Se clasifica en 4 estadios (Csendes et al<sup>8</sup>), en función de la presencia o ausencia de fístula colecisto-coledociana: el tipo I corresponde a la ausencia de fístula, siendo los tipos del II al IV determinados en función de la extensión y destrucción originada por la misma<sup>2,3,6,7</sup>.

El SM es una entidad de difícil diagnóstico, al carecer de signos y síntomas patognomónicos. Debe realizarse diagnóstico diferencial con el resto de causas de ictericia obstructiva. Es frecuente que los pacientes refieran clínica biliar de larga evolución, presentando en el momento del diagnóstico signos clínicos y bioquímicos de obstrucción de la vía biliar: colecistitis, colangitis o pancreatitis<sup>6,7</sup>.

El método de cribado inicial es la ecografía abdominal<sup>9</sup> y ante la sospecha diagnóstica se confirma mediante CPRE, colangiografía percutánea o colangio-resonancia<sup>4</sup>.

Los signos ecográficos que indican un SM son: vesícula biliar contraída con vía biliar intrahepática y conducto

hepático común dilatados presentando calibre normal del conducto biliar común. También sugieren SM dilatación del cuello de la vesícula biliar, presencia de colelitiasis impactada a nivel del cuello de la vesícula o el cambio abrupto de la anchura del conducto hepático común distal a una colelitiasis<sup>1,4,9,10</sup>. Dichos signos pueden ser detectados mediante la ecografía endoscópica<sup>9</sup>.

Las imágenes radiológicas del SM pueden simular tumores de vesícula biliar, conducto cístico o colangiocarcinoma. La TAC abdominal es útil para descartar la malignidad del SM, no obstante, no aporta información superior a la de la ecografía respecto a la colelitiasis y la obstrucción de la vía biliar<sup>1,9,10</sup>.

La colangiografía preoperatoria es esencial para confirmar el diagnóstico y determinar la presencia y características de la fístula colecisto-coledociana. En la CPRE, los signos indicativos del SM son la obstrucción del conducto hepático común, colelitiasis impactada en el cuello de la vesícula biliar o en conducto cístico, tamaño de la colelitiasis, presencia de fístulas bilio-biliares o de enfermedad duodenal, pancreática o ampular, o signos de malignidad<sup>7</sup>.

El tratamiento habitual del SM es quirúrgico, permitiendo eliminar los factores desencadenantes (inflamación de la vesícula biliar, del conducto cístico o la impactación de colelitiasis).

El abordaje quirúrgico depende del estadio del SM (presencia o ausencia de fístula colecisto-coledociana):

- El SM de tipo I (sin fístula) precisa colecistectomía (por vía laparoscópica o abierta)<sup>3,6</sup>.
- Los tipos II al IV (SM con fístula colecisto-coledociana) precisan colecistectomía parcial o completa por vía abierta. En ocasiones requieren sutura, reconstrucción o anastomosis bilioentérica en función del grado de extensión y destrucción originados por la fístula<sup>3,6</sup>.

La extirpación endoscópica de las colelitiasis del conducto biliar común puede ser efectiva previa a la cirugía, siendo el tratamiento de elección cuando no se puede realizar dicha cirugía<sup>6</sup>.

## Conclusión

El SM es una complicación infrecuente de la patología de la vesícula biliar (0,1%). Este motivo justifica tanto la dificultad de su diagnóstico como el hecho de que las series publicadas consten de pocos pacientes estudiados. No obstante, su más que frecuente asociación con el cáncer de vesícula biliar obliga a plantear su diagnóstico ante un cuadro de ictericia obstructiva con las peculiaridades descritas previamente.

## Bibliografía

1. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi syndrome. *Postgrad Med J*. 1997;73:487–90.
2. Ramia JM, Villar J, Muffak K, Mansilla A, Garrote D, Ferron JA. Síndrome de Mirizzi y cáncer de vesícula. *Cir Esp*. 2007;81:105–6.
3. Safioleas M, Stamatakos M, Safioleas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experiences with 27 cases. *Int Semin Surg Oncol*. 2008;5:12.
4. Safioleas M, Stamatakos M, Renevas C, Chatziconstantinou C, Safioleas C, Kostakis A. An alternative surgical to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literatura. *World J Gastroenterol*. 2006;12:5579–81.
5. Redaelli CA, Büchler MW, Schilling MD, Kräkenbühl L, Ruchti C, Blumgart LH, et al. High coincidence of Mirizzi syndrome and gallbladder carcinoma. *Surgery*. 1997;121:58–63.
6. Aydin Ü, Yazici P, Özsan I, Ersöz G, Özütemiz Ö, Zeytinlu M, Çoker A. Surgical Management of Mirizzi Syndrome. *Turk J Gastroenterol*. 2008;19:258–63.
7. Aarts MJB, Engels LGJB. Mirizzi's syndrome. *Neth J Med*. 2006;64:252–3.
8. Csendes A, Diaz CJ, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classifica. *Br J Surg*. 1989;76:1139.
9. Becker CD, Hassler H, Terrier F. Preoperative diagnosis of the Mirizzi syndrome: limitations of sonography and computed tomography. *AJR Am J Roentgenol*. 1984;142:591.
10. Turner MA, Fulcher AS. The cystic duct: normal anatomy and disease processes. *RadioGraphics*. 2001;21:3–22.