

---

# SÍNDROME DE MIRIZZI

## Reporte de un caso.

*Dr. Osear O. Betanco M. \**  
*Dr. Jorge A. Betanco M. \*\**  
*Dra. Lía A. Bueso \*\*\**

### RESUMEN:

Se describe la historia de un paciente con Síndrome de Mirizzi, ingresado a la sala de Cirugía de Hombres en el Instituto Hondureño de Seguridad Social; y se enumeran a continuación los signos de este síndrome: Dolor abdominal, cólico, ictericia y ocasionalmente fiebre; en la imagen radiológica, puede encontrarse un cálculo grande único enclavado en el cístico o el vacinete; y también puede observarse compresión extrínseca del colédoco por la colangiografía; por punción o CPRE. La causa del Síndrome de Mirizzi es una entrada muy rara y atípica del Cístico en paralelo al colédoco o posterior a éste; y un cálculo grande puede producir una compresión extrínseca del colédoco.

### RESUMEN CLÍNICO

NOMBRE: Miguel Armando Flores  
EXPEDIENTE: 162-400-495  
EDAD: 42 Años  
RESIDENCIA: Colonia Miraflores, Tegucigalpa.  
S.P.: "Dolor en la Vesícula"

HEA: Refiere que inicia cuadro de dolor abdominal el día 19 de septiembre de 1987 después de ingesta de comida de hamburguesas, dolor localizado en H.D. y de cólico intenso con irradiación a epigastrio y escápula derecha y acompañado de náuseas sin llegar al vómito y pérdida del apetito, también refirió no haber presentado cuadro de sín-

tomatología igual en ocasiones anteriores, refiere ser consumidor de carne de cerdo, lo que le producía distensión abdominal, que se automedicaba con sal Andrews, pero que ese día no mejoró por lo que se fue a emergencia del I.H.S.S. siendo ingresado a la sala de observación.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Es diabético tipo II controlado con daonil.

FAMILIARES: Todos los familiares por parte del padre son diabéticos.

OTROS DATOS DE IMPORTANCIA: No contribuyentes.

### AL EXAMEN FÍSICO

Lucía fascie dolorosa, con buena hidratación y estado general satisfactorio, y su constitución física se observó abdomen prominente. Signos vitales 120/70, FC: 88 x\ FR: 20 x\ Temp. 37. Oral.

Se nota un tinte icterico en piel y en mucosas. Al examen físico de abdomen: distendido, globoso y abundante vello, blando, depresible a palpación con rigidez voluntaria a la palpación de hipocondrio derecho y flanco derecho por dolor, no se palpó masas a la exploración superficial y profunda, ruidos intestinales 2 x\ Resto del examen no contribuyente.

EXAMENES DE LABORATORIO: Glicemia 110 mgrs/dl.

Heces: E. Histolítica y flora bacteriana abundante. Orina: Color rojizo, leucocitos 2-4/cc. Proteínas positivo: +■

---

Cirujano General y Vascular, Periférico IHSS, Profesor de Diagnóstico Quirúrgico Sexto año FF.CCMM. UNAH.  
Radiólogo Hospital Escuela, Hospital Viera. Residente II de Cirugía Hospital Escuela, IHSS.

Glucosa: Trazas

Hemograma: Hb 14 d/dl. Ht 42 vol/o. Leucocitos: 10.100 Neutrófilos 680/0 Linf: 32o/o.

Se le indicó Colangiografía intravenosa al día de su ingreso no visualizándose la vía biliar, vesícula no concentró y dado su tinte icterico solicitamos bilirrubinas totales BD y BI TSGO TSGP. y Fosfatasa Alcalina. B.T.: 6.12 mg/dl. BD: 4.12 mg/dl BI: 2 mg/dl. Fosfatasa alcalina 198 y/1. TSGO: 343U. TSGP: 141 u.

#### DISCUSION:

Mirizzi reportó en 1948 un cuadro clínico funcional hepático, que consistía en el estrechamiento del conducto hepático común; o el colédoco secundaria a una litiasis vesicular, con enclavamiento de un cálculo en el cístico o en el cuello vesicular.(1)

El Síndrome de Mirizzi, puede ser producido por la presencia de un cístico largo que entra en forma paralela al hepático común haciendo una formación en doble cañón, de tal forma que un cálculo que obstruya y dilate la porción distal del cístico, hará una compresión externa del hepatocolédoco (2,4) es importante el hacer un recordatorio y es que el Síndrome de Mirizzi muy raramente va a ser producido por una colecistitis aguda. (1,2).

El Síndrome de Mirizzi tiene fuertemente su origen el desarrollo embriológico de las vías biliares; siendo el árbol biliar donde se encuentran las más diversas variantes anatómicas, que deben tenerse presente para hacer las consideraciones diagnósticas, lo mismo que el tratamiento quirúrgico. (3,4).

El Síndrome de Mirizzi se caracteriza y además debe cumplir los siguientes requisitos:

- 1) La condición más importante que predispone a este Síndrome es la inserción baja del conducto cístico, lo que da una vía en paralelo con las paredes del hepático común; lo que favorece su obstrucción.
- 2) Cálculo impactado a nivel del cístico o nivel del cuello de la vesícula.
- 3) Compresión extrínseca por el cálculo mencionado sobre el colédoco o el hepático común, con respuesta asociada con un proceso inflamatorio o no. (2).

En nuestro reporte de casos se cumplen estos requisitos para catalogar este síndrome, ver figura 1. donde en la colangiografía intravenosa se ve únicamente la presencia de un cálculo único gran-



Figura No. 1

de en el cuello vesicular; luego posteriormente en el procedimiento quirúrgico se comprueba este hallazgo ver figuras 2 y 3) comprobándose además la inserción baja y el paralelo del conducto cístico en la colangiografía transoperatona por punción, en la que además no se visualizan cálculos dentro del colédoco (ver figuras 4 y 5).

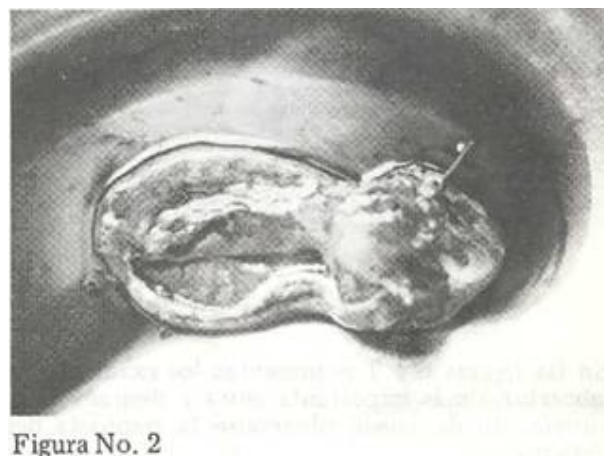


Figura No. 2



Figura No. 3



Figura No. 5



Figura No. 6

En las figuras 6 y 7 se presentan los exámenes de laboratorio más importantes antes y después de la cirugía, donde puede observarse la respuesta del paciente.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS  
DIVISION DE SERVICIOS MEDICOS

*C.H.*

Nombre del Paciente:			Sexo:	Etnia:	Expediente Clínico N°:	Registro N°:
ROSEL AMBRO FLORES					162 420 895	
Fecha:	Mater:	Benef:	Fecha de Examen:			
			21/5/87			
E.L.						
AMILASIA			35 - 101 mg/dl	SUCROSA	61	81 - 118 mg/dl
ACIDURIA			2.0 - 3.8 mg/dl	UREA TOTAL		16 - 40 mg/dl
ALBUMINA			3.5 - 5.5 g/dl	CREATININA		0.6 - 1.2 mg/dl
ALBUMINA TOTAL	5.12		3.3 - 4.8 mg/dl	PROTEINA TOTAL		6.0 - 8.3 mg/dl
ALBUMINA D	6.12		0.0 - 0.8 mg/dl	PROTEINA URINARIA	0	0 - 30 mg/dl
ALBUMINA I	2.00		0.0 - 0.8 mg/dl	UREA URINARIA		0.0 - 0.5 mg/dl
S.P.A.			400 - 1100	S.G.P.T.	551	0 - 100 U
GLUCO			0 - 100 mg/dl	S.G.P.T.	397	0 - 40 U
GLUCOSA TOTAL			100 - 150 mg/dl	TRIGLICERIDOS		50 - 150 mg/dl
TRIGL.			0 - 100 mg/dl	COLESTEROL		70 - 180 mg/dl
COLESTEROL			200 - 400 mg/dl	PROB.		0 - 10 mg/dl
PROB. ALCOHOL	195	138-173	0 - 100	PROB.		0 - 10 mg/dl
PROB. ALCOHOL			0 - 0.7 mg/dl	PROB.		0 - 10 mg/dl

O F I C I A I


 INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
 DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS  
 DIVISION DE SERVICIOS MEDICOS  
 HOJA DE INFORME DE EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre del Paciente			Sexo	Edad	Expediente Clínico N°	Región N°
MIRIZZI, JUAN JOSE FLESCA			M	32	167-400-485	
Apellido			Fecha de Examen: 29/9/57			
Nombre			C.R.			
Edad						
Sexo						
Especimen						
Método						
Resultado						
Comentarios						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						
Asistente						
Técnico						
Firma						
Fecha						
Lugar						
Hospital						
Servicio						
Médico						