
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).

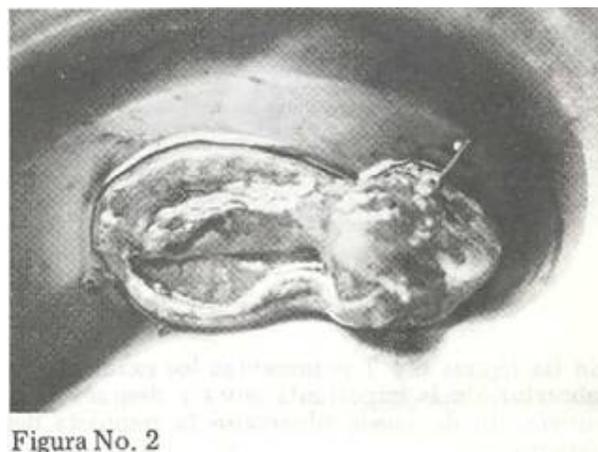


Figura No. 2


 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 Nº	Región nº
MIRIZZI, JUAN JOSE FLESCA, J. J.			M	34	167-400-485	
Rango			Mater	Sexo	Fecha de Examen	
					29/9/57	
			C. R.			
GLUCOSA		39 - 100 mg%	UREA			41 - 110 mg%
UREA		2.5 - 7.5 mg%	UREA			41 - 110 mg%
ALBUMINA		3.5 - 5.5 g/dl	SODIO			130 - 170 mg%
ALBUMINA TOTAL	7.2	5.0 - 7.0 mg%	PROTEAS TOTAL			4.5 - 8.0 g/dl
ALBUMINA D.		3.0 - 3.7 mg%	PROTEAS ALCO.			1 - 14 mg%
ALBUMINA I.		2.0 - 3.3 mg%	UREA			100 - 180 mg%
CLORURO		90 - 110 mg%	CLORURO			3 - 30 "
CLORURO TOTAL		9 - 10.8 mg%	CLORURO			4 - 40 "
PROTEAS TOTAL		7.0 - 10.0 mg%	PROTEAS ALCO.			10 - 18 mg%
PROTEAS ALCO.		2.0 - 4.0 mg%	PROTEAS			45 - 110 mg%
PROTEAS ALCO.		3.0 - 4.0 mg%	PROTEAS			34 - 80 mg%
PROTEAS ALCO.	7.2	12 - 45 mg%	PROTEAS			120 - 180 mg%
PROTEAS ALCO.		2 - 2.7 mg%	PROTEAS			3.0 - 3.3 mg%

QUÍMICA I

Imp: 1165 - 250 g. de 200 mgm - 12

BIBLIOGRAFÍA

1. Mirizzi PL Síndrome del Conducto Hepático. J. Int. Chir. 1948.
2. Síndrome de Mirizzi. Estudio de Tres Enfermos. Revista Mexicana de Radiología. Vol. 39. octubre-diciembre 1985.
3. Romero Tomé, Tratado de Cirugía. Volumen 2.
4. Mirizzi Syndrome; Juan J. Alberti-Flor et al. The American Journal of Gastroenterology vol. 80, No. 10. 1985.

Figura No. 7