

# SINDROME DE MIRIZZI

CLINICA QUIRÚRGICA “B”

Hospital de Clínicas

Dr. Nicolás Muniz

# Síndrome de Mirizzi

- Prof. Pablo Mirizzi
- 25/1/1983
- 1er cirujano colangiografía  
intraoperatorio
- 18/6/1931



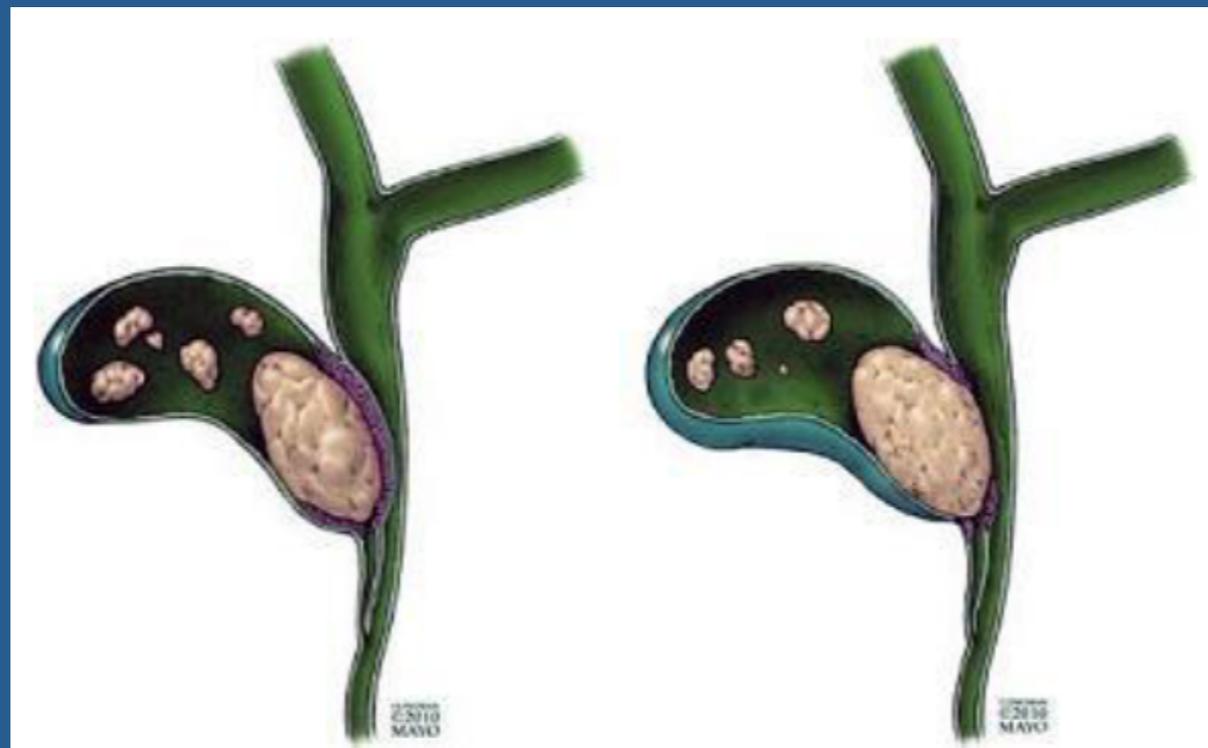
Mirizzi LP. La colangiografía durante las operaciones de las vías biliares. Comunicación en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. 5 de octubre de 1932.

# Síndrome de Mirizzi

- 1era. Descripción 1908: Kehr
- Mirizzi: 1940 – 1948
- “Sind. Hepaticiano”
- Primariamente: Obstrucción hepática por espasmo de un esfínter situado a dicho nivel
- Luego: Mecánica hepática común por litiasis vesicular impactada

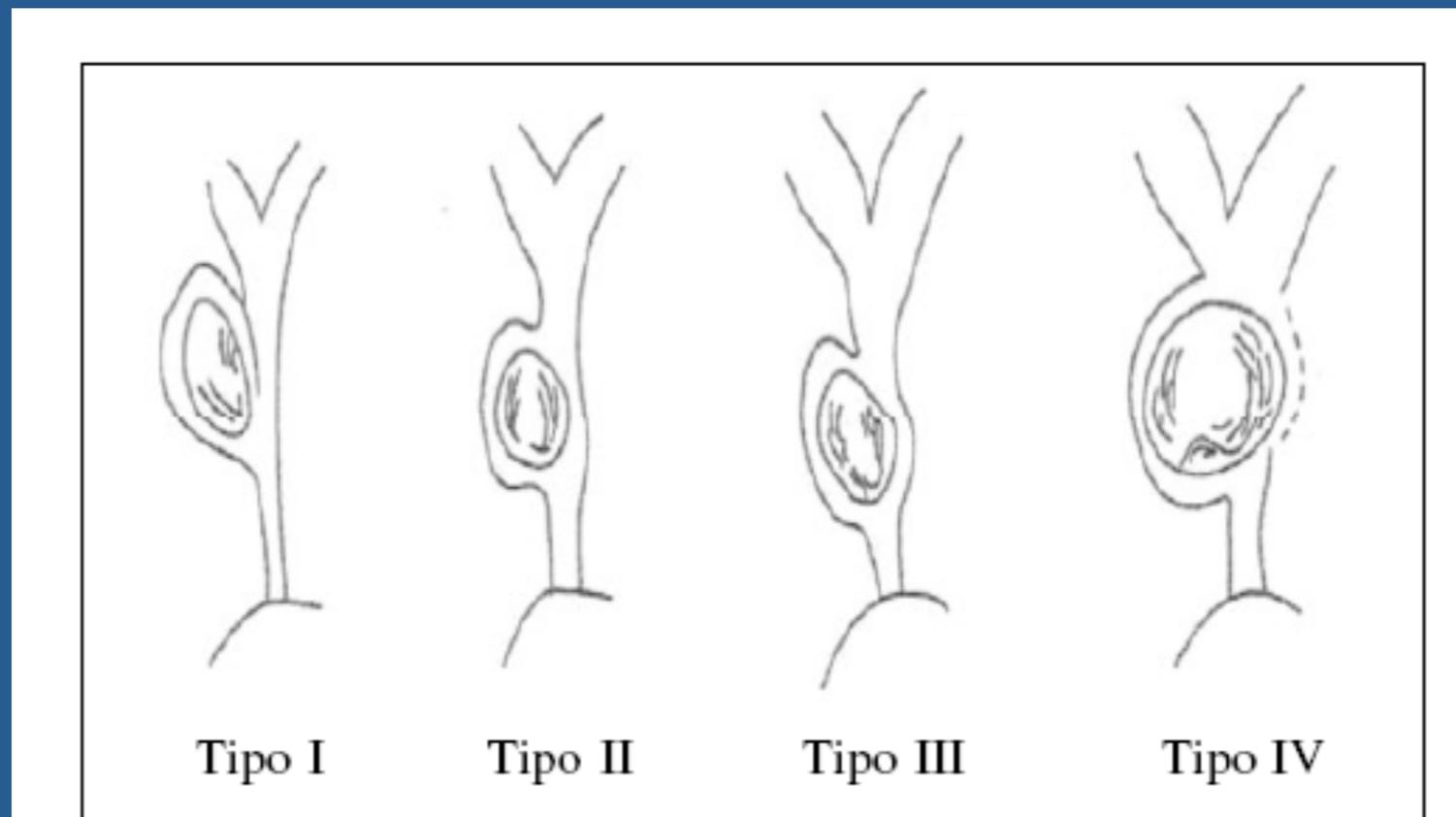
# Clasificación de McSherry 1982

- Prevalencia: 0,06% - 2,7%
- Con advenimiento de CPER: 2 tipos



*Clasificación de McSherry del síndrome de Mirizzi*

# Clasificación de A. Csendes 1989



S/fístula

Menor 33%

33 -66%

Mayor 66%

24 OCT 11 | Experiencia de 23 años en la Clínica Mayo

## Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Mirizzi

El propósito del presente estudio fue revisar la experiencia institucional con el diagnóstico y manejo del síndrome de Mirizzi, evaluar el rol de la colecistectomía laparoscópica como el tratamiento de elección y brindar recomendaciones para su uso en el síndrome de Mirizzi.

Dres. Erben Y, Benavente-Chenhalls LA, Donohue JM, Que FG, Kendrick ML, Reid-Lombardo KM, Farnell MB, Nagorney DM,  
J Am Coll Surg 2011; 213(1): 114-119

- 36 ptes.
- Enero 1987 a diciembre 2009
- Diagnosticado preop 50%
- Clínica poco específica
- Eco: Sens 48%
- TC: Sens 42%
- CPER: sens 63%

24 OCT 11 | Experiencia de 23 años en la Clínica Mayo

### Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Mirizzi

El propósito del presente estudio fue revisar la experiencia institucional con el diagnóstico y manejo del síndrome de Mirizzi, evaluar el rol de la colecistectomía laparoscópica como el tratamiento de elección y brindar recomendaciones para su uso en el síndrome de Mirizzi.

Dres. Erben Y, Benavente-Chenhalls LA, Donohue JM, Que FG, Kendrick ML, Reid-Lombardo KM, Farnell MB, Nagorney DM,  
[J Am Coll Surg 2011; 213\(1\): 114-119](#)

- **Complicaciones:**
  - 40% laparoscópico
  - 19% convencional
- **Alto índice de conversión**
  - 15 ptes laparo: conversión 10 ptes (67%)
  - 21 ptes convencional.
- **Útil disecar cuerpo vesicular proximal al cálculo. Dejar disección pedículo cístico para segunda etapa**

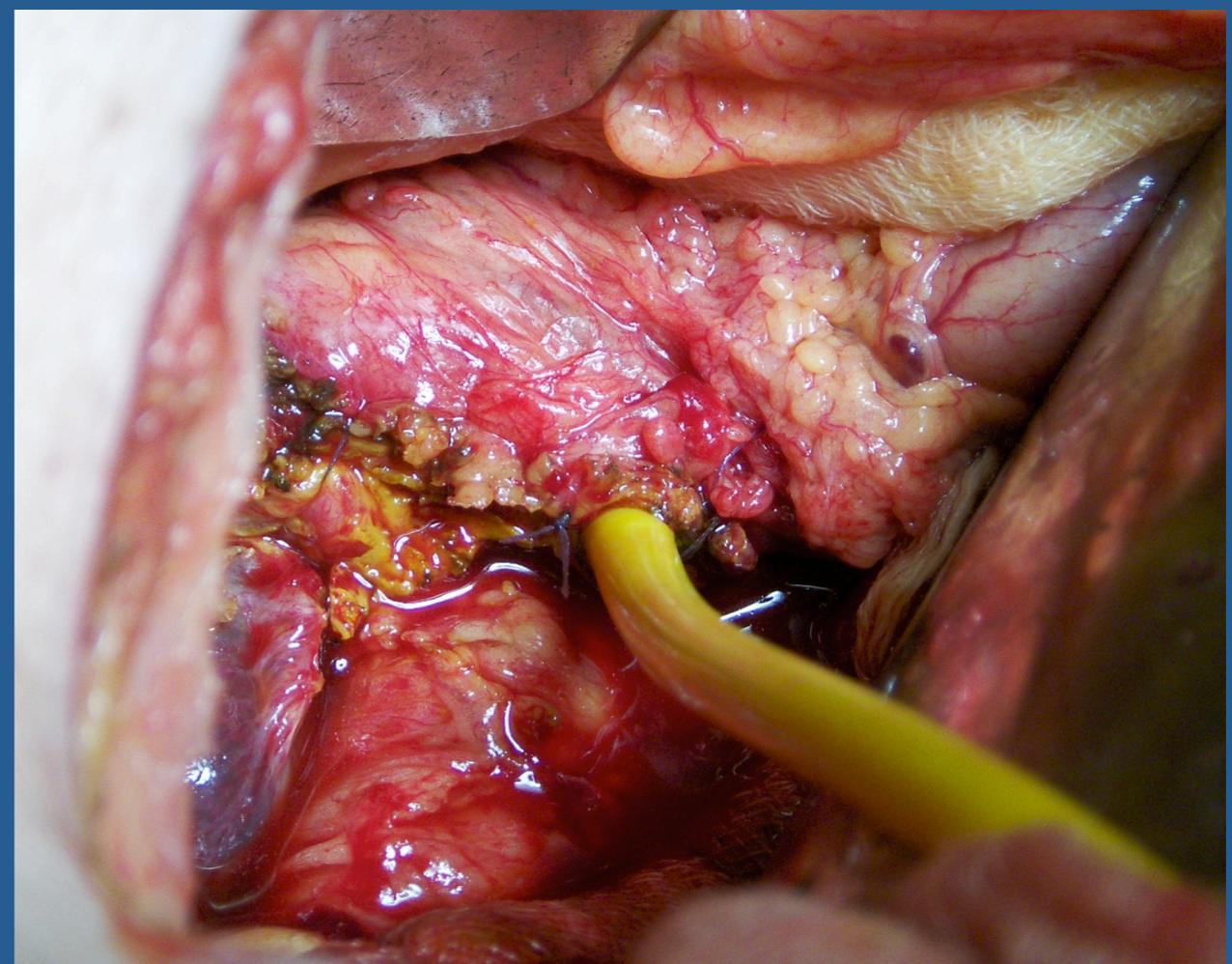
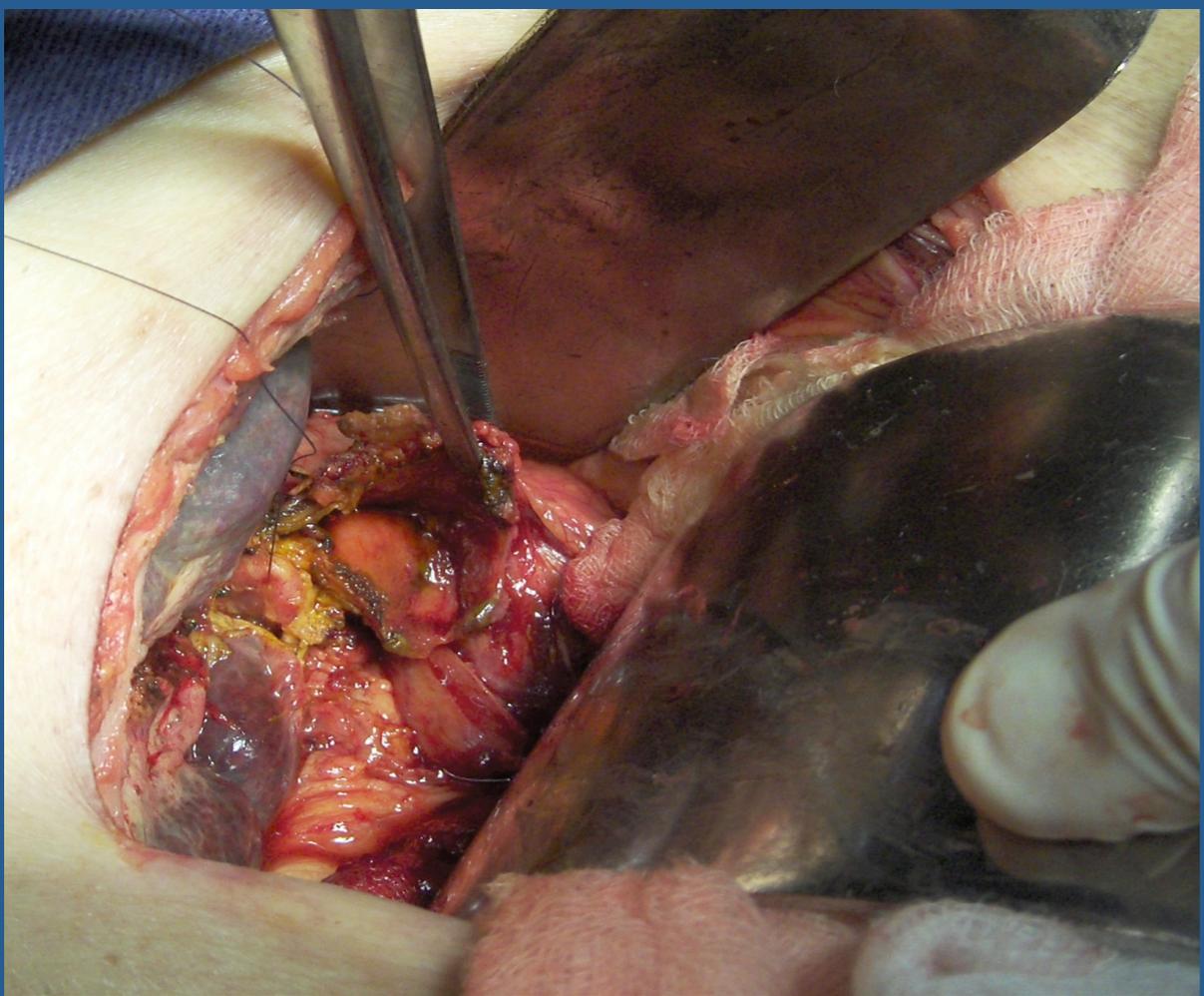
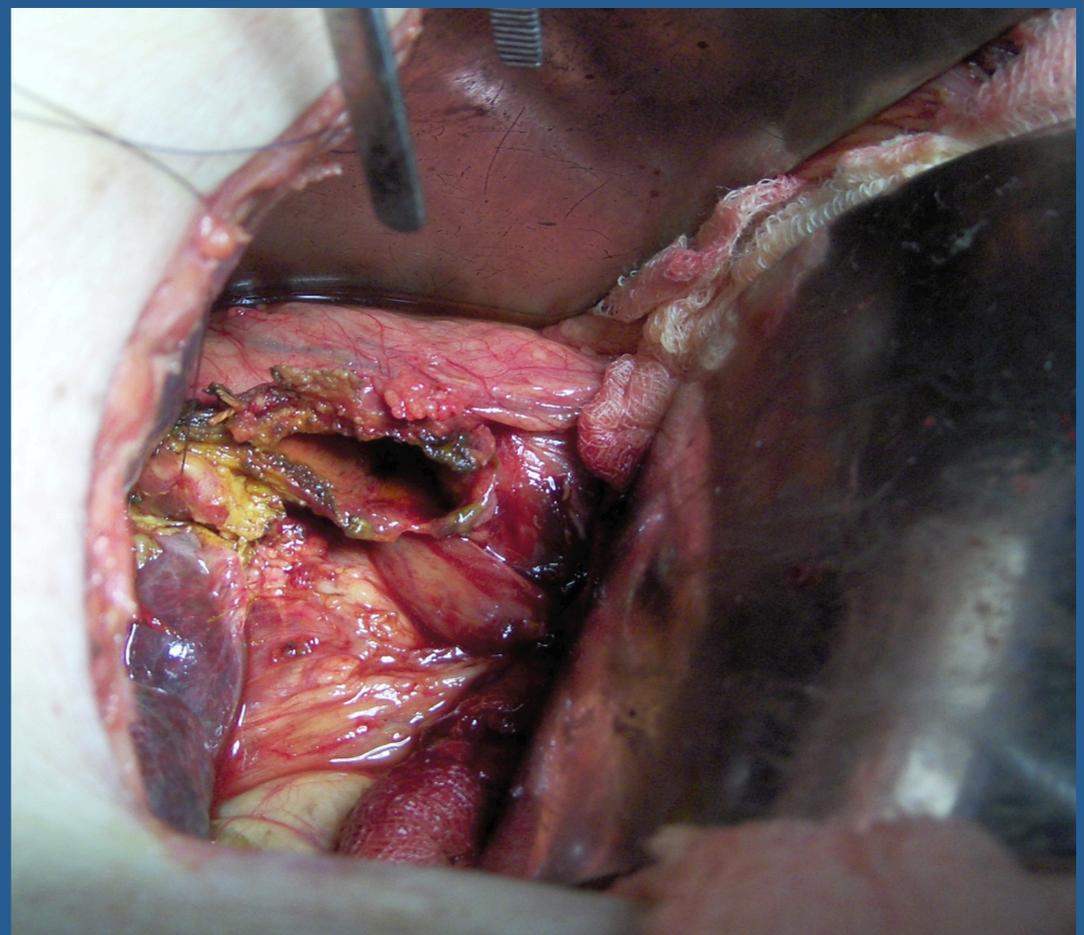
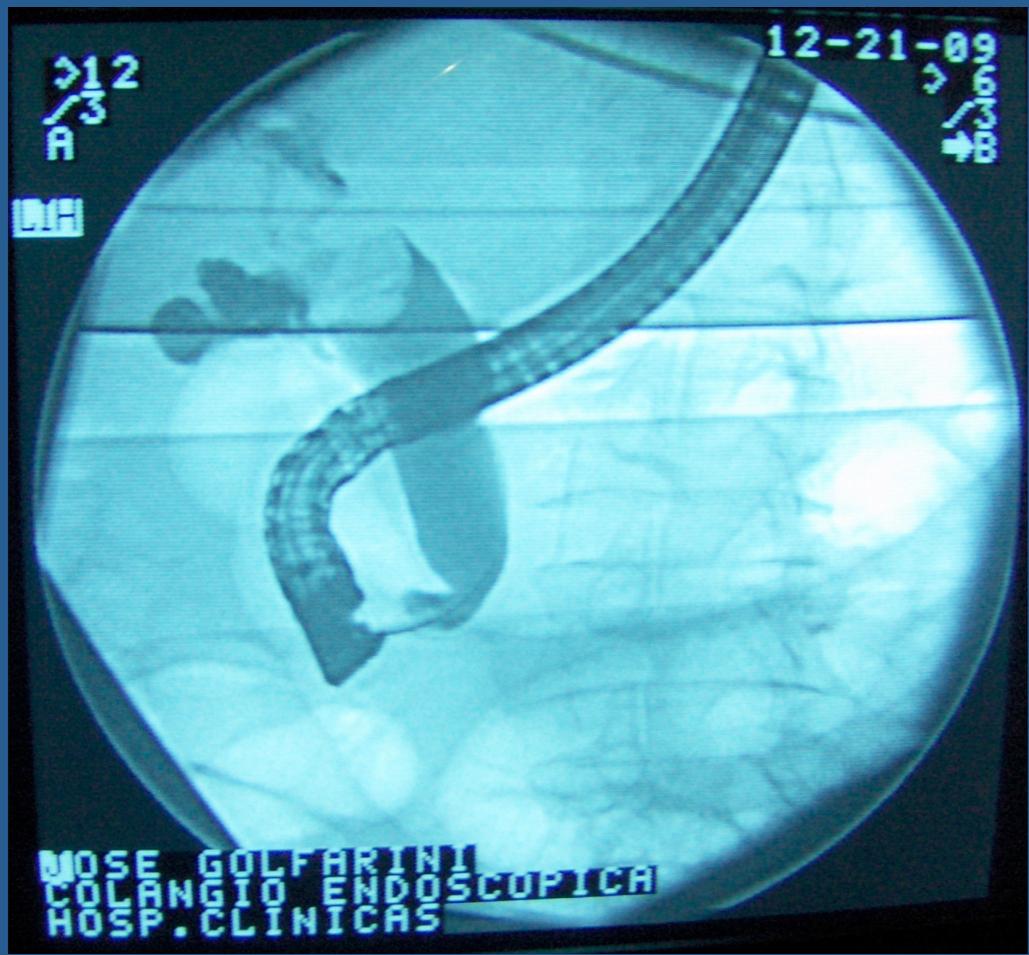
- *Que hacer con fístula colecistocolédociana luego extracción del cálculo?*
  - Cierre sobre Kehr
  - Asa yeyunal anastomosada a la fístula (cierre del defecto)
  - Hepático yeyuno proximal

- Consenso Actual:

**Recomendar abordaje convencional para Sd de Mirizzi tipo 2**

- adherencias
- distorsión anatómica
- necesidad fte. de drenaje bilioentérico

Antoniou. S.A; Antoniou G.A; Makridis C; Laparoscopic treatment of Mirizzi Syndrome: a systematic review. Surg. Endosc 24.33-39. 2010.





El síndrome de compresión biliar extrínseca  
benigna o síndrome de Mirizzi:  
experiencia de cinco años en el Hospital de San José

- 2001 – 2005
- 934 colecistectomías
- 36 pacientes
- Eco: Colecistolitiasis 100%, Mirizzi sens: 44%
- 27 colecistectomías: 26 convencional, 1 laparoscópica
- CPER: elección. Sens 55%

# Opciones terapéuticas

ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Colomb Cir 2008;23(1):6-11



El síndrome de compresión biliar extrínseca  
benigna o síndrome de Mirizzi:  
experiencia de cinco años en el Hospital de San José

CAROLINA RODRÍGUEZ, MD\*. GUILLERMO ALDANA, MD\*\*

- Tipo I: colecistectomía fundocística sin necesidad de explorar las vías biliares.
- Tipo II: depende de la gravedad de la fístula; se recomienda colecistectomía y colocación de tubo en T.
- Tipo III: colecistectomía y tubo en T o coledoco-duodenostomía.
- Tipo IV: colecistectomía, exploración de vías biliares y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Experiencia en tratamiento del Síndrome de Mirizzi\*  
Mirizzi Syndrome

Drs. CASTOR SAMANIEGO A<sup>1</sup>, VALERIA SANABRIA Z<sup>1</sup>, ANÍBAL FILÁRTIGA L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional. Asunción - Paraguay

1994 - 2004

3250 colecistectomías

32 pacientes

Eco: 100% colecistolitiasis. Dil VB

56%

## Experiencia en tratamiento del Síndrome de Mirizzi\* Mirizzi Syndrome

Drs. CASTOR SAMANIEGO A<sup>1</sup>, VALERIA SANABRIA Z<sup>1</sup>, ANÍBAL FILÁRTIGA L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional. Asunción - Paraguay

### MODALIDAD DE TRATAMIENTO SEGÚN CLASIFICACIÓN

	<i>Tipo I</i> (n=7)	<i>Tipo II</i> (n=19)	<i>Tipo III</i> (n=2)	<i>Tipo IV</i> (n=4)
Colecistectomía	5	17	1	2
Colecist. Parcial	2	2	1	2
Plastia de la VB	–	2	–	2
Anastomosis BD	–	–	2	2
CPO	–	7	4	–
Dren Kehr	6	13	–	2

Fuente: Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica, 1994-2004.

CPO: Colangiografía peroperatoria.

CPO: Colangiografía peroperatoria.

# Conclusiones

- Muy baja incidencia
- Sospecha: colangiografía (CRNM, CPER)
- Abordaje laparoscópico controversial
- Alto % de conversión
- Abordaje fúndico inicial
- La CPER diagnóstico y eventualmente terapéutica (Stent)

# Historia clínica

- Hombre 61a.
- HTA, apendicectomizado
- Ictericia fría 7 días. No dolor. No Bard y Pick
- BT: 2,70; BD: 1,70; FA: 443, GGT: 301.  
Amilaseamia normal.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
HOSPITAL DE CLINICAS

09/01/2005

# Conclusiones

- Variabilidad en presentación, no contemplada por consensos
  - Factores del paciente
  - Calibre VBP
- Aún no existe tratamiento único
- HC cirugía exclusiva no alcanza a solucionar el 70% de los pac

# Conclusiones

- Colangitis que no remite tratamiento combinado mayor tasa de éxitos
- Litiasis VBP fina ERCP + CVL tiene 5-6% litiasis residual
  - Rendez-vous mejor resultado
- Mirizzi CVL alternativa terapéutica pero con bajo umbral de conversión

# Conclusiones

- HC trabajo en equipo soluciona 97%
- Coordinación y equipo multidisciplinario para definir el tratamiento en forma individualizada