

III SEMANA DO CONHECIMENTO

Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

() Resumo

(X) Relato de Caso

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE MIRIZZI

AUTOR PRINCIPAL: Alana Dupont Daronco.

CO-AUTORES: Alana Santos da Silva, Cassieli Paludo Colombo, Débora Cristina Schuh, Fernanda Leite Bortholacci.

ORIENTADOR: Daniel Navarini.

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

A Síndrome de Mirizzi consiste em obstrução do ducto hepático comum ou do ducto colédoco, sendo secundária a uma compressão extrínseca devido à impactação de cálculos no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula. Trata-se de uma rara complicação da colelitíase de longa duração. É classificada em cinco grupos distintos, dependendo do grau de comprometimento da via biliar. A síndrome leva o nome do cirurgião argentino Pablo Luis Mirizzi, responsável por descrevê-la pela primeira vez no ano de 1948 [1]. O objetivo deste relato é apresentar um caso de paciente portador do tipo IV, tratado cirurgicamente através de abordagem videolaparoscópica para colecistectomia e posterior colédoco-jejuno anastomose.

DESENVOLVIMENTO:

RELATO DE CASO:

Paciente masculino, branco, 43 anos, internado no Hospital São Vicente de Paulo com quadro de febre alta noturna, prurido há três meses associado à icterícia leve (+/++++) e emagrecimento intencional de 13 kg em um ano. Exames laboratoriais demonstraram alteração da fosfatase alcalina (525 IU/L), GGT (1.171 IU/L), AST (77 IU/L) e ALT (99 IU/L). Solicitou-se ultrassonografia abdominal que mostrou dilatação do ducto hepático comum e cálculo de 3 cm impactado no infundíbulo da vesícula. Para elucidar o diagnóstico, foi necessário colangiorressonância que revelou dilatação do ducto hepático comum e do ducto biliar intra-hepático, sugestivo de Síndrome de Mirizzi tipo IV. Para o tratamento, foi utilizada a abordagem videolaparoscópica que

III SEMANA DO CONTECUMENTO

demonstrou um cálculo no colédoco, necessitando converter o procedimento para cirurgia aberta. Foi realizado colecistectomia, que mostrou a localização exata do cálculo. O pós-operatório evolui sem intercorrências.

DISCUSSÃO:

A Síndrome de Mirizzi refere-se à obstrução do ducto hepático comum por obstrução extrínseca causada por pedra impactada no ducto cístico ou na bolsa de Hartmann da vesícula biliar [2- 4].

Segundo a classificação de Csendes, há cinco tipos de Síndrome de Mirizzi. As lesões de tipo I correspondem à compressão externa do ducto hepático comum, enquanto que nos tipos II-IV há fístula colecistobiliária. O tipo V, validado por Betran et al, corresponde a qualquer tipo de Mirizzi complicada com fístula colecistoentérica. A incidência é de apenas 4% do tipo IV [4].

A maioria dos pacientes apresenta-se clinicamente com a Tríade de Charcot: icterícia, febre e dor. Os achados laboratoriais mais significativos são elevação nas concentrações séricas de fosfatase alcalina e bilirrubina. Muitas vezes não é diagnosticada no pré-operatório: então, há aumento da morbidade associada, com a taxa de conversão para cirurgia aberta de 67% [5].

O estudo diagnóstico inicia-se com ultrassonografia abdominal, que geralmente revela os cálculos vesiculares. O exame mais acurado para diagnóstico é a colangiorressonância magnética.

A cirurgia é o principal tratamento para a Síndrome de Mirizzi, pois permite a remoção dos agentes etiológicos: a vesícula biliar inflamada e a pedra impactada. Nas lesões tipo I, colecistectomia é o suficiente; no tipo II, a colecistectomia é acompanhada do fechamento da fístula. Nos tipos III e IV, é necessária anastomose bilioentérica. O manejo da fístula deve ser acrescentado nos pacientes do tipo V.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Apesar da infrequência, a Síndrome de Mirizzi deve ser avaliada intensamente. O diagnóstico precoce torna-se essencial para a diminuição da morbidade, além de permitir uma abordagem terapêutica menos invasiva. No caso apresentado, o bom estado geral do paciente e a ausência de comorbidades permitiram um curso da doença sem complicações.

REFERÊNCIAS:

1. LACERDA, Patrícia de Souza et al. Mirizzi syndrome: a surgical challenge. ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), [s.l.], v. 27, n. 3, p.226-227, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO).
2. Witte CL. Choledochal obstruction by cystic duct stone. Mirizzi's syndrome. Am Surg 1984; 50:241.
3. Mirizzi PL. Syndrome del conducto hepatico. J Int de Chir 1948; 8:731.
4. Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. Br J Surg 1989; 76:1139.
5. Brarullah M, Saxena R, Sikora SS, et al. Mirizzi's syndrome: identification and management strategy. Aust N Z J Surg 1993; 63:802.

Universidade e comunidade
em transformação

3 a 7 DE OUTUBRO
DE 2016

III SEMANA DO CONHECIMENTO

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa): Número da aprovação.

ANEXOS:

Poderá ser apresentada somente uma página com anexos (figuras e/ou tabelas), se necessário.