

Descrição de episódio de Síndrome de Mirizzi em paciente jovem em um hospital municipal de Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil.

Description of Mirizzi Syndrome episode in a young patient at a municipal hospital in Volta Redonda city, Rio de Janeiro, Brazil

Amanda Martinelli Victor
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
amandamv8@yahoo.com.br

João Vitor Matachon Viana
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
cordelier.ana@gmail.com

Leticia Viana Ruela
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
leticia.ruela@hotmail.com

Marcelo Betim Paes Leme
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
marcelo.leme@foa.org.br

Eliane Camargo de Jesus
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
flaramos@gmail.com

RESUMO

Síndrome de Mirizzi é considerada complicação incomum da doença litíase biliar, ocorrendo em cerca de 1% dos casos de colelitíase. Apresenta-se, assim, a trajetória de uma jovem de 25 anos com quadro dor abdominal e icterícia em acompanhamento pelo Serviço de Cirurgia Geral de um hospital público de referência do município de Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. Dessa maneira, por meio de um relato de caso, intenta-se descrever e conscientizar acerca de sintomatologia, diagnóstico, manejo e conduta adequados frente a um caso de Síndrome de Mirizzi.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi; icterícia obstrutiva; cirurgia geral.

ABSTRACT

Mirizzi syndrome is considered an uncommon complication of biliary lithiasis, that occurs in approximately 1% of cases of cholelithiasis. Thus, we present the trajectory of a 25-year-old woman with abdominal pain and jaundice being followed up by the General Surgery Service of a public reference hospital in the city of Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brazil. In this way, through a case report, the aim is to describe and raise awareness about the symptomatology, diagnosis, management, and appropriate conduct in the face of a case of Mirizzi Syndrome.

Keywords: Mirizzi Syndrome; jaundice, obstructive; general surgery

1 CONTEXTO

A Síndrome de Mirizzi é pode ser definida como a obstrução do ducto hepático comum secundária a compressão extrínseca devido a impactação calculosa no ducto cístico e/ou no infundíbulo da vesícula (FONSECA-NETO; PEDROSA; MIRANDA, 2008). É considerada de tal maneira uma complicação inabitual da doença litiásica, ocorrendo em cerca de 1% de todos os pacientes com colelitíase.

Salienta-se a importância desse estudo em decorrência da dificuldade diagnóstica no período pré-operatório, resultando em um significativo aumento da morbimortalidade daqueles acometidos, com alto risco de lesões do ducto biliar durante procedimentos cirúrgicos (FONSECA-NETO; PEDROSA; MIRANDA, 2008).

Este relato de caso, descritivo e observacional, em acordo com o Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinque) e com a Resolução do Conselho Federal de Medicina em 1595/2000, contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da protagonista do caso, e encontra-se sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Helga [nome fictício], feminino, 25 anos, branca, solteira, natural e residente no Estado do Rio de Janeiro, dá entrada no Pronto Atendimento do Hospital São João Batista (HSJB), em Volta Redonda (RJ), em 19 de outubro de 2022, apresentando dor abdominal em hipocôndrio direito e síndrome icterícia, sendo referenciada ao Setor de Cirurgia Geral para avaliação e conduta.

Em acordo com anamnese e antecedentes pessoais, em 04 de outubro de 2022, a paciente estabeleceu o quadro de dor abdominal inespecífica que irradiava para dorso associado a náuseas e vômitos após a ingestão de alimentos gordurosos. Em conformidade com o relato, não houve melhora da queixa com o uso de analgésicos ou antieméticos, e, sucedeu-se piora progressiva do quadro álgico e da êmese, associando-se a manifestação gradual de icterícia, acolia fecal e colúria. A paciente nega comorbidades, uso de medicações crônicas, transfusões, sinais ou sintomas anteriores similares ou cirurgias prévias. Não há história familiar semelhante ou sugestiva de síndromes icterícias.

Ao exame físico, paciente em bom estado geral, lúcida, orientada, normohidratada, acianótica, afebril, icterícia (+3/+4) e eupneica em ar ambiente. Durante a avaliação abdominal, é observado abdome normotimpânico, flácido, ausência de massas ou visceromegalias e doloroso a palpação superficial e profunda de hipocôndrio direito. Demais sistemas sem alterações.

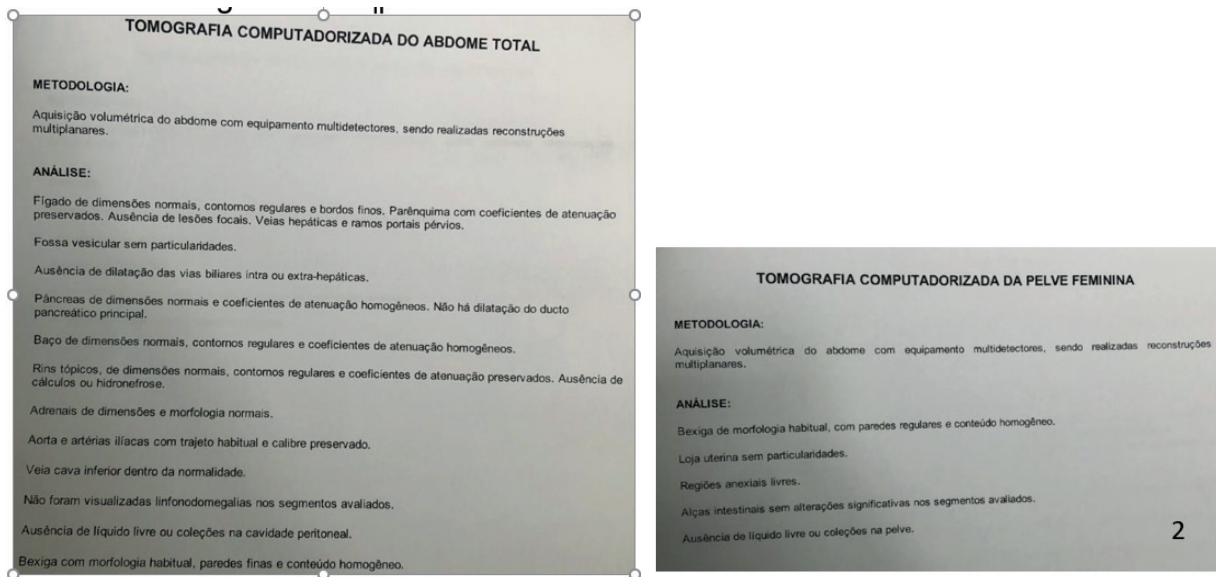
De ato contínuo após a avaliação e abordagem inicial, suspeitou-se como hipótese diagnóstica o quadro de coledocolitíase. Consoante, foram solicitados exames laboratoriais – inclui-se hemograma completo, grupo sanguíneo, fator RH, glicemia, ureia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, gama GT, fosfatase alcalina, amilase, lipase, tempo de atividade de protrombina, tempo de trombolastina parcial ativada, proteínas totais e frações; tomografia computadorizada do abdome total; tomografia computadorizada da pelve feminina e colangiografia magnética.

Enquanto aguardava-se a realização dos exames complementares, foi proposto internação em leito de enfermaria, dieta branda hipolipídica e prescrição de suporte integrando-se a analgesia como pilar terapêutico.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Os exames laboratoriais, coletados em 20 de outubro de 2022, evidenciaram alterações na função hepática e nas enzimas canaliculares – TGO 273 U/l, TGP 405 U/l, BT 13,5 mg/dl, BD 12,1 mg/dl, BI 1,5 mg/dl, GGT 1363 U/l, FA 426 U/l, amilase 118 U/l e lipase 378 U/l.

As tomografias computadorizadas de abdome total e pelve, respectivamente, visualizadas nas Figuras 01 e 02, não evidenciaram alterações sugestivas ou evidências diagnósticas.



Figuras 01 e 02 – Setor de Cirurgia Geral, em 20/10/2022, ausência de alterações radiologicamente significativas.

Fonte: Equipe do HSJB.

A colangiressonância magnética, visualizada na Figura 03, demonstra colelitíase e lama biliar de estase, sem sinais de colecistite aguda; somado, evidencia-se a cisticolelitíase exercendo algum grau compressivo em relação ao trajeto da árvore biliar extra-hepática proximal com consequente ectasia a montante (Mirizzi).

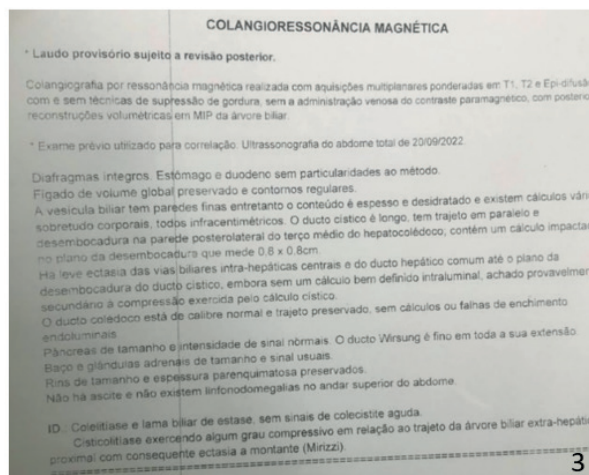


Figura 03 – Setor de Cirurgia Geral, em 20/10/2022, alterações sugestivas de colelitíase e Síndrome de Mirizzi.

Fonte: Equipe do HSJB.

4 TRATAMENTO

A posteriori à confirmação diagnóstica, a paciente foi submetida aos exames, avaliação e planejamento pré operatório. Em seguimento à dieta zero, preparação cirúrgica e anestesia geral, foi realizada colecistectomia videolaparoscópica pela equipe de cirurgia geral do HSJB.

5 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

O procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências, seguidamente ao término operatório, a paciente foi encaminhada à enfermaria para recuperação pós anestésica e observação aos cuidados da enfermagem e médicos responsáveis. Após acompanhamento minucioso dos parâmetros pós cirúrgicos necessários, a paciente recebeu alta hospitalar no dia 25 de outubro de 2022 e foi agendando e orientado seguimento a nível ambulatorial.

6 DISCUSSÃO

Apesar de ser decorrente da litíase biliar, uma patologia muito frequente, a síndrome de Mirizzi é uma afecção rara e na maioria das vezes não apresenta quadro clínico característico, sendo muitas vezes diagnosticada no período intra-operatório. Tal síndrome é caracterizada por obstrução extrínseca do ducto hepático, geralmente por um cálculo no infundíbulo vesicular ou no ducto cístico. A apresentação clínica dos sintomas e a duração da doença é variável. A presença de obstrução parcial da via biliar contribui para o desenvolvimento de colangite que pode agravar o quadro clínico destes pacientes (MACHADO, 1997).

Csendes et al., em 1989, descreveram uma classificação diagnóstica e terapêutica de síndrome de Mirizzi, divididas em quatro pontos: tipo I definido como estenose de ducto hepático comum causado por cálculo impactado no ducto cístico ou infundíbulo vesicular; tipo II definido por presença de fístula colecistobiliar com 1/3 do diâmetro da circunferência do ducto hepático comum; tipo III caracterizado pela presença de fístula colecistobiliar com mais de 2/3 do diâmetro da circunferência do ducto hepático comum; e tipo IV definido pela presença de fístula colecistobiliar que envolve toda a circunferência do ducto hepático comum. Atualmente, ainda se estuda a inclusão da fístula colecistoentérica como complicação, formando um tipo V (BELTRAN, 2008).

O diagnóstico precoce da Síndrome de Mirizzi é extrema relevância, uma vez que se torna possível a programação do ato cirúrgico. Não existe na literatura um consenso acerca da técnica cirúrgica ideal para cada tipo de classificação, apesar de alguns artigos apresentarem recomendação de tratamento cirúrgico por via laparoscópica desta afecção, porém, a maioria dos relatos de caso reportaram conversão para a técnica convencional (ROHATGI, 2006).

Apesar de não haver consenso, a maioria dos periódicos apresenta a recomendação de colecistectomias parciais ou totais, aberta ou por via laparoscópica. A exploração do ducto biliar comum tipicamente não é requerida. No caso relatado, foi realizada a colecistectomia total pois as condições da paciente permitiram êxito na ressecção da vesícula do leito hepático, o que pode não ser possível devido a intenso processo fibrótico, desencadeando na necessidade de uma colecistectomia parcial. No tipo II, de modo geral, recomenda-se realizar a colecistectomia associada ao fechamento da fístula. No tipo III, tende-se a preconizar a coledocoplastia ou anastomose bilioentérica. E, no tipo IV, sugere-se de modo geral a anastomose bilioentérica (CREMA, 2004).

Em síntese, a referida paciente foi conduzida à internação, com investigação diagnóstica a partir de exames complementares. Associada ao quadro de icterícia, acolia fecal e colúria, as alterações na função hepática e enzimas canaliculares e alterações em colangiorressonância magnética confirmaram a principal hipótese diagnóstica: síndrome de Mirizzi, sem sinais de colangite. Subsequente à identificação da síndrome, a paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica total e recebeu alta hospitalar sem intercorrências.

7 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Questão 1 (Múltipla Escolha)

Sobre a Síndrome de Mirizzi, assinale a alternativa correta:

- a) É uma afecção comum caracterizada por obstrução extrínseca do ducto hepático.
- b) É sempre relacionada a litíase biliar.
- c) Geralmente é sequer suspeitada no período pré-operatório, sendo mais comumente identificada somente durante a intervenção cirúrgica.
- d) Sempre demanda intervenção cirúrgica por via videolaparoscópica.

Gabarito: Letra C

Questão 2 (Múltipla Escolha)

Sobre a classificação diagnóstica e terapêutica de Nagakawa da Síndrome de Mirizzi, assinale a alternativa correta:

O tipo I é a obstrução do ducto hepático comum ou colédoco devido a um cálculo impactado no infundíbulo da vesícula ou no interior do ducto cístico.

No tipo II tende-se a preconizar a coledocoplastia ou anastomose bilioentérica para tratamento.

No tipo III, a literatura sugere a anastomose bilioentérica como tratamento.

O tipo IV é definido pela presença de fístula colecistobiliar com mais de 2/3 do diâmetro da circunferência do ducto hepático comum.

Gabarito: Letra A.

Questão 3 (Discursiva)

A Síndrome de Mirizzi é caracterizada como a obstrução do ducto hepático comum ou do colédoco, com maior prevalência em mulheres na idade fértil. Essa síndrome acomete de 0,05 a 4% dos pacientes com determinada condição muito frequente no dia a dia do médico cirurgião geral. Qual seria tal condição?

Gabarito: Litíase biliar.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL (WMA). Declaração de Helsinque: Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos, de junho de 1964. Adotada pela 18ª Assembleia Geral da WMA, Helsinque, Finlândia. 64ª Assembleia Geral da WMA, Fortaleza, Brasil, out. 2013.

BELTRAN, Marcelo A.; CSENDES, Attila; CRUCES, Karina S. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World Journal of Surgery*, v. 32, n. 10, p. 2237-43, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1595/2000, de 18 de maio de 2000. Dispõe no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 maio 2000. Seção 1, p. 18.

CREMA, Eduardo, et al. Síndrome de Mirizzi: causa comum de conversão da Colectomia Laparoscópica. *Revista Brasileira de Videocirurgia*, v. 2, n. 2, p. 75-8, 2004.

FONSECA-NETO, Olival Cirilo Lucena; PEDROSA, Maria das Graças Lapenda; MIRANDA, Antonio Lopes. Manejo cirúrgico da síndrome de Mirizzi. *Arq. Bras. Cir. Dig.*, v. 21, n. 2, p. 51-4, 2008.

MACHADO, Marcel Autran C. et al. Colectomia Videolaparoscópica em paciente com Síndrome de Mirizzi. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo*, v. 52, n. 6, p. 324-7, 1997.

ROHATGI, Aakanksha; SINGH, Kanan. K. Mirizzi syndrome: laparoscopic management by subtotal cholecystectomy. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*, v. 20, n. 9, p. 1477-1481, 2006.