

Adenocarcinoma biliar en paciente colecistectomizado por síndrome de mirizzi. A propósito de un caso

Biliary adenocarcinoma in a patient cholecystectomized for Mirizzi syndrome. About a case

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0205>

Bryan Andrés Orellana Tapia¹

<https://orcid.org/0000-0001-5742-9471>
orellana_28@outlook.com

Antonella Fernanda Gallegos Mora^{2*}

<https://orcid.org/0000-0002-5023-4070>
anto.1996gm@hotmail.com

Marco Rubén Orellana Barros³

<https://orcid.org/0000-0003-0989-1615>
Marcoreba2009@hotmail.com

Recibido: 04/03/2023

Aceptado: 25/05/2023

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una complicación de la colelitiasis, en donde, un cálculo impactado obstruye la vía biliar, pudiendo ocasionar un síndrome colestásico, fístula, y su importante asociación a neoplasia por inflamación crónica. El diagnóstico preoperatorio es un reto. **Objetivos:** analizar un caso clínico de adenocarcinoma biliar en paciente colecistectomizado por Síndrome de Mirizzi. **Materiales y métodos:** Estudio de caso. El presente trabajo investigativo, es un reporte de caso de una mujer de 64 años que ingresa por dolor abdominal e ictericia. **Resultados:** La paciente fue inicialmente diagnosticada de colecistitis, sin embargo, los exámenes complementarios y de imagen dirigieron el diagnóstico hacia un síndrome de Mirizzi preoperatorio, sin embargo, en el reporte de anatomía patológica se encontró adenocarcinoma de vesícula biliar. **Conclusión:** El Síndrome de Mirizzi es una patología con riesgo de adenocarcinoma es por esto por lo que es importante un correcto y temprano diagnóstico.

Palabras Clave: colelitiasis, colecistitis, adenocarcinoma biliar, síndrome de Mirizzi.

1. Universidad Católica de Cuenca (UCAUDE)-Ecuador/ La Universidad en Internet (UNIR)-España/ Clínica del Valle-Ecuador.
 2. Universidad del Azuay (UAZUAY)-Ecuador/ La Universidad en Internet (UNIR)-España / Clínica del Valle-Ecuador.
 3. Universidad Católica de Cuenca (UCAUDE)-Ecuador/ Universidad Andrés Bello (UNAB)-Chile/ Clínica del Valle-Ecuador
- * Autor de correspondencia: anto.1996gm@hotmail.com

SUMMARY

Introduction: he Mirizzi Syndrome it's a complication of cholelithiasis. The bile duct is obstructed by a gallstone and it is associated with a cholestasis syndrome, fistula and malignancy because of the chronic inflammation. Preoperative diagnosis is a challenge for the physician. **Objetives:** Analise a case report of adenocarcinoma bile duct of a patient with Mirizzi Syndrome. **Methods:** case report. We showed a female case with 64 years old that was admitted with abdominal pain and jaundice. **Results:** at the beginning, cholelithiasis was the most likely diagnosis, however laboratory findings and images approach the diagnosis to a Mirizzi's Syndrome, before surgery; pathology result came out with the diagnosis of bile adenocarcinoma. **Conclusion:** The Mirizzi Syndrome is a risk factor for adenocarcinoma, as a result it is important to achieve an early and correct diagnosis.

Key words: Cholelithiasis, Cholecystitis, Bile Adenocarcinoma, Mirizzi's Syndrome.

INTRODUCCIÓN

Hans Kehr en 1905 describe una obstrucción parcial de la vía biliar que es secundaria a un cálculo impactado, esta patología se describe por primera vez por Mirizzi en 1940, y en el año 1948 se realizó una publicación sobre este síndrome, motivo por el cual se adjudica el epónimo de Síndrome de Mirizzi (1).

Es un complejo clínico anatómico que se caracteriza por la obliteración de la vesícula biliar, específicamente de su cuello (bolsa de Hartmann) por un cálculo o lito que origina una obstrucción de tipo mecánica extrínseca en la vía biliar, lo que va a provocar exclusión vesicular, fistula colecistocolociana, ictericia, colangitis, etc. Este cuadro puede ser silente y se puede presentar en forma de ictericia intermitente (2).

También se puede definir como una inflamación aguda y/o crónica que tiene como etiología un cálculo impactado en la bolsa de Harmann o conducto cístico, ya sea por una obstrucción completa o parcial de la vía biliar principal, y si avanza el proceso inflamatorio puede dar obstrucción, necrosis o fístula biliar interna. Se reporte entre el 0.7 y 3% de los pacientes con litiasis vesicular (3).

La patología de la vía biliar es una patología habitual en el servicio de cirugía, sin embargo, este síndrome es una de las complicaciones que se da con poca frecuencia, en los países en vías de desarrollo (Latinoamérica) se da entre el 4.7 y 5.7% de los casos (4). Se ha reportado en Colombia prevalencias aproximadamente del 4%, esta patología no presenta signos patognomónicos, sin embargo, hay que tener en cuenta que la ictericia obstructiva es la manifestación clínica más común y frecuentemente se asocia a dolor en

epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, fiebre, vómito, náuseas, coluria, escalofrió, taquicardia, y anorexia (5). Para realizar un cribado de la patología es necesario realizar una ecografía abdominal, sin embargo, para confirmar el diagnóstico es necesario realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colangiografía directa o colangio-resonancia (6).

Debido a que el diagnóstico preoperatorio del Síndrome de Mirizzi es un reto, se recomienda la colangioresonancia magnética nuclear como un estudio de rutina antes de la cirugía, para valorar la anatomía de la vía biliar de manera más certera (7).

El tratamiento definitivo es quirúrgico, se desea extirpar la vesícula, litos, así como reparar los daños que existe en los conductos biliares, la estrategia se determinara de acuerdo si existe o no una fístula biliar, sin embargo, la reparación de vía biliar por la fistulización se da en 13% a 25% de los pacientes (8).

Debido a la variedad de presentación clínica de la enfermedad no existe un score aprobado para aumentar la precisión diagnóstica, sin embargo, en un estudio realizado en el año 2018, se implementó un score de 10 puntos entre los que constaban: 1. Ictericia 2. Dolor abdominal en cuadrante superior derecho. 3. Más de un episodio de dolor abdominal hasta hace 24 meses. 4. Hiperbilirrubinemia 1,2 mg/dl. 5. Fosfatasa alcalina mayor a 150 U/L. 6. Leucocitosis mayor a 11.000 mm³. 7. Presencia de los siguientes hallazgos en los estudios de imagen: presencia de cálculos en el conducto biliar o hepático. 8. Dilatación biliar intrahepática. 9. Signo del Menisco. 10. Presencia de masa. En el estudio se concluyó que los pacientes 6 o más puntos tienen una alta probabilidad de predecir el tipo II, III y IV de síndrome de Mirizzi, Sensibilidad de 52.4% y Especificidad del 100% $p = 0,05$ (9).

El pronóstico de estos pacientes depende de la presencia de fístulas; en aquellos en los que está ausente, el resultado suele ser favorable, pero, en pacientes con fístula se ha encontrado una anatomía distorsionada, una alta tasa de conversión a colecistectomía abierta, el pronóstico para ellos implica un tratamiento prolongado, colocación de tubo en T o una derivación biliar con una coledocoyunostomía en Y de Roux.

Al aumentar su estancia hospitalaria aumenta el riesgo de complicaciones, morbilidad y mortalidad; además, el cáncer de vesícula también se asocia al síndrome de Mirizzi (10). Por tal motivo, el objetivo del presente estudio es analizar un caso clínico de adenocarcinoma biliar en paciente colecistectomizado por Síndrome de Mirizzi.



PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente femenina de 64 años de edad, obesa, sin antecedentes de importancia, refiere que hace aproximadamente 4 meses y teniendo como causa aparente ingesta de comida grasa presenta dolor a nivel de epigastrio que se irradia hacia flanco derecho, cediendo dolor con analgésico por vía oral.

Sin embargo, hace aproximadamente 2 semanas antes de su ingreso y sin causa aparente paciente presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad de manera intermitente a nivel de hipocondrio derecho, anorexia, distensión abdominal, prurito generalizado, náusea que no lleva al vómito, y coluria; al examen físico se evidencia ictericia a nivel de piel y conjuntivas, abdomen globuloso a expensas de panículo adiposo, signo de Murphy positivo; signos vitales: presión arterial 110/70 MmHg, frecuencia cardiaca 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, temperatura 36.3°C, saturación 94% FiO 21%. Peso: 80kg, talla: 152cm IMC: 34.6.

Se indica la necesidad de realizar exámenes paraclínicos, en donde se evidencia los siguientes paraclínicos (tabla 1):

Tabla 1.

Paraclínicos al momento del ingreso hospitalario

Paraclínicos	Valor
Leucocitos	5.52 10X9/L
Glucosa	183.44 mg/dl
Bilirrubina total	15.24 mg/dl
Bilirrubina directa	11.89 mg/dl
Bilirrubina indirecta	3.35 mg/dl
TGO	70.02 U/L
TGP	304.67 U/L
GGT	334.80 U/L
Pigmentos biliares en orina	+++ (6 mg/dl)

Se realiza ecografía abdominal en donde se evidencia vesícula biliar distendida, pared engrosada, con imágenes hipoeoicas, móviles en relación con litos, en conclusión, se evidencia colecistolitiasis.



Figura 1.

Ecografía abdominal, en la cual se observa pared de vesícula biliar engrosada, litos en su interior.



Se realiza TAC de abdomen completo contrastada en donde se evidencia vesícula biliar distendida, pared engrosada, imágenes de litos detectados por tomografía en su interior (el mayor de 20 x 16 mm), conducto colédoco visible en toda su extensión.

El resultado de la colangiorensonancia es el siguiente: hígado esteatosis geográfica, quiste simple de 6 mm en el segmento VI; vesícula biliar distendida, pared de 3.5 (fondo vesicular), en su interior se observan cálculos, el de mayor tamaño se localiza en el cuello, mide 2.3 cm, produce compresión extrínseca de la confluencia del conducto hepático derecho e izquierdo y de la porción proximal del conducto hepático común con dilatación de la vía biliar intrahepática, midiendo la intrahepática izquierda 4.8 mm, compatible con síndrome de Mirizzi.



Figura 2.

Colangio-resonancia se observa litos en interior de vesícula, dilatación de vía biliar intrahepática.



Se diagnóstico a la paciente de un Síndrome de Mirizzi, se realiza colecistectomía laparoscópica sin complicaciones. Posterior al procedimiento quirúrgico la paciente responde de manera satisfactoria y egresa en el día postoperatorio número tres, en seguimiento por consulta externa.

Tabla 2.

Exámenes al alta hospitalaria

Paraclínicos	Valor
Leucocitos	12,24 10X9/L
Bilirrubina total	8.19 mg/dl
Bilirrubina directa	6.91 mg/dl
Bilirrubina indirecta	1.28 mg/dl
TGO	49.11 U/L
TGP	86.22 U/L
ALP	618.77 U/L
CULTIVO DE SECRECION	NEGATIVO

El reporte de anatomía patológica indicó adenocarcinoma invasor tipo biliar, moderadamente diferenciado, Grado II por lo se encuentra en seguimiento por el servicio de oncología.



DISCUSIÓN

Se debe de considerar que para un correcto diagnóstico del síndrome de Mirizzi se necesita de cálculo impactado a nivel de cuello vesicular o cístico, compresión extrínseca en el colédoco por un cálculo, inserción baja del conducto cístico, ictericia constante o intermitente (11). El síndrome de Mirizzi se debe diferenciar de otras patologías hepatobiliares para descartar etiologías malignas como el colangiocarcinoma (12). En el caso de estudio, la paciente presenta una ictericia intermitente, así como en la colangiorensonancia se evidencia el cálculo impactado en el cuello, confirmando el diagnóstico de Síndrome de Mirizzi. Así mismo, la paciente presenta manifestaciones clínicas ya descritas en antecedentes como dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio derecho, náusea, y coluria.

El síndrome de Mirizzi es más común en el sexo femenino, en pacientes obesos y su incidencia aumenta con la edad, siendo mayor entre la cuarta y séptima década de la vida (13), al igual que la presente revisión la paciente es femenina, obesa con un IMC 36.4 y tiene 64 años.

La hiperbilirrubinemia es la concentración de bilirrubina mayor a 1.1 mg/dl, de forma habitual la hiperbilirrubinemia y la ictericia se pueden clasificar de acuerdo a su tipo (conjugada y no conjugada) y por su origen (hepática, prehepática y poshepática). Existe un predominio de la bilirrubina no conjugada en la hiperbilirrubinemia prehepática, en la hepática existe el predominio de bilirrubina conjugada y no conjugada, mientras que en la poshepática predomina la bilirrubina conjugada (14). La paciente en estudio presenta una ictericia poshepática, ya que la principal causa de esta es la obstrucción biliar dada por cálculos biliares o carcinoma de páncreas, y se observa un incremento en la bilirrubina conjugada.

Otros hallazgos de laboratorio incluyen elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubina en casi el 90% de los pacientes, las pruebas de función hepática elevadas con leucocitosis se asocian a aquellos pacientes con cuadros recurrentes de inflamación (colecistitis, colangitis, pancreatitis); en pacientes con sospecha de malignidad se puede solicitar niveles de CA 19-9, los cuales pueden estar elevados en caso de neoplasia, sin embargo, valores normales no descartan malignidad. (15) La paciente presenta leucocitosis con elevación marcada de bilirrubinas y fosfatasa alcalina por encima del valor normal (4).

Se describen varios tipos de Síndrome de Mirizzi, de acuerdo a la clasificación de McSherry y también la de Csender, mencionan que el tipo I es una compresión externa del conducto hepático común dado por un lito grande que se encuentra impactado en el conducto cístico, mientras que el tipo II se describe como una fístula colecisto-coledical dada por un lito biliar, y esto erosiona en conducto hepático común (13). Tomando como refiere lo anterior y correlacionando con el caso clínico se puede clasificar como un Síndrome de Mirizzi tipo I.

Es un reto poder llegar a un adecuado diagnóstico, y generalmente suele ser un hallazgo que se da de manera incidental en el transoperatorio en cirugías. La ecografía abdominal es la primera línea diagnóstica, sin embargo, hay que tener en cuenta que la sensibilidad de esta es de 23-46%, se pueden encontrar hallazgos como la dilatación del sistema biliar por encima del cuello de la vesícula, la presencia de un lito impactado en el cuello y un aumento del diámetro normal del conducto biliar común por debajo del lito, en la paciente del caso se encontró la presencia de litos y engrosamiento de la pared sin embargo no se evidenció litos impactados en el cuello de la vesícula por lo que este estudio tiene un componente operador dependiente muy importante la hora del diagnóstico. La tomografía axial computarizada de abdomen es un método superior a la ecografía, sin embargo, su sensibilidad es de 42% y su especificidad de 99% aproximadamente; se puede encontrar la presencia de imágenes sugerentes de malignidad asociada al síndrome de Mirizzi, tales como nódulos linfáticos, infiltración hepática o metástasis; en la paciente no se encontró tales imágenes, sin embargo, se encontró la presencia de litos.

Hay que tener en cuenta que el estudio adecuado para un diagnóstico es la colangiorensonancia, ya que este puede demostrar la existencia de sitios de estenosis ductales, extensión de inflamación pericolicística, la especificidad es de 94% y su sensibilidad de 96%; además se puede diferenciar entre el síndrome de Mirizzi y neoplasia, el caso de estudio se encontró un lito de 2.3 cm que produce compresión extrínseca de la vía biliar (13,16).

De acuerdo al tipo del Síndrome de Mirizzi se puede optar por diferentes opciones de tratamiento: Tipo I: colecistectomía total abierta o laparoscópica; Tipo II: Colecistectomía parcial; Tipo III: Colecistectomía parcial; Tipo IV: Colecistectomía y hepatoyeyunostomía en Y de Roux. Tipo IV: Laparotomía con colecistectomía o hepatoyeyunostomía en Y de Roux. (17).

En la literatura se describe que no existe un tratamiento estándar para el Síndrome de Mirizzi puesto que, depende mucho de la experiencia quirúrgica disponible y los hallazgos intraoperatorios, pero, se puede utilizar esta guía de acuerdo al grado de la enfermedad. (18).

En caso de la paciente se realizó una colecistectomía total laparoscópica al ser un Síndrome de Mirizzi tipo I.

El síndrome de Mirizzi ocasiona inflamación crónica y necrosis, lo que se ha relacionado con malignidad de la vesícula biliar, la más común es el adenocarcinoma.

En general este tipo de neoplasias de la vía biliar tienen un mal pronóstico con una sobrevida de 5 años tan solo del 10% de los casos; es importante el momento del diagnóstico ya que cuando se detecta de manera temprana la sobrevida llega hasta el 90% a 5 años (4).

En un estudio retrospectivo realizado en 2018, se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Mirizzi, durante un periodo de 5 años, se encontraron 18 pacientes, de los cuales, 6 pacientes presentaron cáncer de vesícula biliar. (19).

En este reporte de caso, la paciente tiene un adenocarcinoma invasor. El síndrome de Mirizzi es un reto diagnóstico, es por esto, que se debe considerar en todos los pacientes con dolor abdominal e ictericia, además, un análisis completo de las imágenes es importante para ubicar cálculos, el grado, la longitud y la anatomía de la vía biliar ya que esto guiará el plan terapéutico para evitar lesiones intraoperatorias. (20)

CONCLUSIONES

El síndrome de Mirizzi es un reto diagnóstico, se debe tener en cuenta siempre que exista un paciente con fiebre, dolor abdominal e ictericia, además los exámenes complementarios demuestran un patrón colestásico (elevación de transaminasas y bilirrubinas); el principal método diagnóstico es la colangiorensonanciamagnética y su tratamiento es quirúrgico.

El síndrome de Mirizzi está asociado a malignidad por la inflamación crónica y recurrente de la vesícula biliar por lo que siempre es importante un estudio anatomopatológico.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.



REFERENCIAS

1. Montenegro R, Ojeda M, Parekh N, Morales D. Síndrome de Mirizzi: Reporte de un caso. *Rev Med Cient.* 2021;33(2):1-7.
2. Zuñiga A. Síndrome de Mirizzi. *Rev méd Costa Rica Centroam.* 2012;(603):397-400.
3. Gil JMG. El síndrome de Mirizzi, un desafío para el cirujano. *Rev Cubana Cirugía.* 2016;55(2):151-63.
4. Macías Sabando MM, Magallanes Vera NC, Magallanes Vera YA, Baquerizo Godoy MF. Síndrome de Mirizzi. *Recimundo.* 2022;6(1):87-95.
5. Domínguez Alvarado GA, D'Veira Camargo D, Lozada Martínez ID, López Ramírez F, López Gómez LE. Síndrome de Mirizzi tipo V: manejo laparoscópico. *Rev Médica Risaralda.* 2021;27(1):101-6.
6. Palacios Martínez D, Gutiérrez López M, Gordillo López FJ. Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva. *Semergen.* 2011;37(3):167-9.
7. Yao HH, Yang C, Chen JH, Xu N, Yang J, Lai W. Surgical strategies for Mirizzi syndrome: A ten-year single center experience. *World Journal of Gastrointestinal Surgery.* 27 de febrero de 2022;14(2):107-19.
8. Roesch-Dietlen F, Pérez-Morales AG, Martínez-Fernández S, Remes-Troche JM, Jiménez-García VA, Romero-Sierra G. Síndrome de Mirizzi. Experiencia del Hospital Español de Veracruz. *Cirugía y Cirujanos.* 2013;81(3):232-6.
9. Tataria RD, Salgaonkar HP, Maheshwari G, Halder PJ. Mirizzi's syndrome: A scoring system for preoperative diagnosis. *Saudi Journal of Gastroenterology.* 9 de enero de 2018;24(5):274.
10. Jones MW, Ferguson T. Mirizzi Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482491/>
11. Coral FAM, Realpe NM, Bedoya MAC. Síndrome de Mirizzi "un caso bajo el subdiagnóstico". *RFS Revista Facultad de Salud.* 2016;8(1):38-41.
12. Mohseni M, Kruse B, Graham C. An Elderly Woman with Abdominal Pain: Mirizzi Syndrome. *Am J Case Rep.* 26 de marzo de 2019;20:394-7.
13. Campos Quesada M, Molina Castaño D, Núñez Guerrero A. Síndrome de Mirizzi. *Revista Médica Sinergia.* 2020;5(6):10.
14. Carvajal Carvajal C. Bilirrubina: metabolismo, pruebas de laboratorio e hiperbilirrubinemia. *Med leg Costa Rica.* 2019;36(1):73-83.
15. Bauzon J, Haller S, Aponte-Pieras JR, Lankarani D, Schreiber A, Houshmand N, et al. Unusual Case of Mirizzi Syndrome Presenting as Painless Jaundice. *Am J Case Rep [Internet].* 14 de agosto de 2022 [citado 10 de febrero de 2023];23. Disponible en: <https://amjcaserep.com/abstract/full/idArt/936836>
16. Umashanker R, Smink D. Mirizzi syndrome [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/mirizzi-syndrome?search=sindrome%20de%20mirizzi&source=search_result&selectedTitle=1~17&usage_type=default&display_rank=1#H4
17. Khokhar I, Adourian M, Delia E, Mohan G, Mathew M, Khokhar I, et al. Mirizzi Syndrome: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus [Internet].* 22 de abril de 2022 [citado 10 de febrero de 2023];14(4). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/80234-mirizzi-syndrome-a-case-report-and-review-of-the-literature>

18. Senra F, Navaratne L, Acosta A, Martínez-Isla A. Laparoscopic management of type II Mirizzi syndrome. *Surg Endosc.* 1 de mayo de 2020;34(5):2303-12.
19. Clemente G, Tringali A, De Rose AM, Panettieri E, Murazio M, Nuzzo G, et al. Mirizzi Syndrome: Diagnosis and Management of a Challenging Biliary Disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 12 de agosto de 2018;2018: e6962090.
20. Zhou J, Xiao R, Yang J rui, Wang L, Wang J xing, Zhang Q, et al. Mirizzi syndrome complicated by common hepatic duct fistula and left hepatic atrophy: a case report. *J Int Med Res.* 1 de noviembre de 2018;46(11):4806-12.

