

**DOI:** 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.96-104

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1818>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 96-104







## Cáncer de vesícula como causa del Síndrome de Mirizzi

### Gallbladder cancer as a cause of Mirizzi Syndrome

### Cancro da vesícula biliar como causa da Síndrome de Mirizzi

**Vicente Andres Alvarado Avila<sup>1</sup>; Juan Carlos Sinchi Suquilanda<sup>2</sup>; Jairo Daniel Mullo Chiluisa<sup>3</sup>; Tatiana Alexandra Borja Jimenez<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/07/2022 **ACEPTADO:** 18/08/2022 **PUBLICADO:** 15/09/2022

1. Magister en Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Sanitaria; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; aava92@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5549-121X>
2. Médico Posgradista del Hospital Vozandes; Quito, Ecuador; sisujuca@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8092-1421>
3. Médico Posgradista del Hospital Vozandes; Quito, Ecuador; muchajada@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9857-4170>
4. Médico Residente del Hospital Básico Hosnae; Esmeraldas, Ecuador; bjta\_l@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5105-8224>

#### CORRESPONDENCIA

Vicente Andres Alvarado Avila  
aava92@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

El Síndrome de Mirizzi es una de las complicaciones poco frecuente, se produce a causa de uno o varios cálculos impactados en el cuello de la vesícula o el conducto cístico, esto produce compresión extrínseca y obstrucción del conducto hepático común, generando una reacción inflamatoria, también condiciona la estenosis del conducto hepático común. Puede producir necrosis del tejido adyacente, causando una fístula colecistocolédociana. La epidemiología clásica de los cálculos biliares en general, permite tener un conocimiento global sobre los orígenes del síndrome de Mirizzi. Existen factores de riesgo como: la edad, (entre la cuarta y séptima década de vida), obesidad, sexo femenino, anticonceptivos orales, pérdidas abruptas de peso, ayunos prolongados, entre otros que aumentan estasis biliar, y fomentan la formación cálculos. El diagnóstico del síndrome de Mirizzi no es fácil de realizar, ni múltiples modalidades de estudios radiológicos disponibles para este fin, es un hallazgo incidental en el trans-operatorio de cirugías de vesícula biliar en la cual dicho síndrome no es el diagnóstico preoperatorio principal. Entre los métodos de estudio de imagen utilizables para diagnosticar un síndrome de Mirizzi se encuentran, pero no limitados a, el ultrasonido abdominal, la tomografía axial computarizada, la colangiografía, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Por otro lado, Csendes y otros reclasificaron el síndrome de Mirizzi en cuatro tipos, categorizando la fístula colecistocolédocal de acuerdo a su grado de destrucción. El tratamiento del Síndrome Misizzi más común utilizado es la cirugía, se basa esencialmente en la resección económica o total de la vesícula biliar y extracción del cálculo impactado, utilizándose diferentes técnicas para reparar el defecto en los casos con fístula. La técnica quirúrgica, ya sea por vía convencional o laparoscópica, varía dependiendo del tipo de lesión, siendo más compleja a medida que aumenta el grado de la lesión. La cirugía laparoscópica no es la más aconsejada, considerándola algunos autores contraindicada sobre todo en los casos con fístula. El objetivo del tratamiento incluye la descompresión de la vía biliar y prevenir la recurrencia de la afección. Descompresión temporal mediante la CPRE, usando stents biliares busca ganar tiempo mientras se mejoran las condiciones generales de algunos pacientes, facilitando la planificación de las estrategias quirúrgicas a desarrollar. Se aplicó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, con contenido oportuno y relevante para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo.

**Palabras clave:** Insuficiencia, Renal, Aguda, Diagnóstico, Tratamiento.

## ABSTRACT

Mirizzi Syndrome is one of the rare complications, it is caused by one or more stones impacted in the neck of the gallbladder or the cystic duct, this produces extrinsic compression and obstruction of the common hepatic duct, generating an inflammatory reaction, also conditions the stenosis of the common hepatic duct. It can produce necrosis of the adjacent tissue, causing a cholecystocholedochal fistula. The classic epidemiology of gallstones in general, allows us to have a global understanding of the origins of Mirizzi syndrome. There are risk factors such as: age (between the fourth and seventh decade of life), obesity, female sex, oral contraceptives, abrupt weight loss, prolonged fasting, among others that increase bile stasis, and promote stone formation. The diagnosis of Mirizzi syndrome is not easy to make, nor are multiple radiological study modalities available for this purpose. It is an incidental finding in the trans-operative period of gallbladder surgeries in which said syndrome is not the main preoperative diagnosis. Among the imaging study methods that can be used to diagnose Mirizzi syndrome are, but are not limited to, abdominal ultrasound, computed tomography, magnetic resonance cholangiopancreatography, and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. On the other hand, Csendes et al. reclassified Mirizzi syndrome into four types, categorizing cholecystocholedochal fistula according to its degree of destruction. The most common Misizzi Syndrome treatment used is surgery, it is essentially based on the economic or total resection of the gallbladder and extraction of the impacted stone, using different techniques to repair the defect in cases with fistula. The surgical technique, whether conventional or laparoscopic, varies depending on the type of injury, becoming more complex as the degree of injury increases. Laparoscopic surgery is not the most recommended, and some authors consider it contraindicated, especially in cases with a fistula. The goal of treatment includes decompression of the bile duct and preventing recurrence of the condition. Temporary decompression through ERCP, using biliary stents, seeks to save time while improving the general conditions of some patients, facilitating the planning of the surgical strategies to be developed. A descriptive methodology was applied, with a documentary approach, that is, reviewing sources available on the network, with timely and relevant content to respond to what is discussed in this article.

**Keywords:** Insufficiency, Renal, Acute, Diagnosis, Treatment.

## RESUMO

A Síndrome de Mirizzi é uma das raras complicações, é causada por uma ou mais pedras impactadas no pescoço da vesícula biliar ou do ducto cístico, o que produz compressão extrínseca e obstrução do ducto hepático comum, gerando uma reação inflamatória, também condiciona a estenose do ducto hepático comum. Pode produzir a necrose do tecido adjacente, provocando uma fístula cholecystocholedochal. A epidemiologia clássica dos cálculos biliares em geral, permite-nos ter uma compreensão global das origens da síndrome de Mirizzi. Existem fatores de risco tais como: idade (entre a quarta e sétima década de vida), obesidade, sexo feminino, contraceptivos orais, perda de peso abrupta, jejum prolongado, entre outros que aumentam a estase biliar, e promovem a formação de pedra. O diagnóstico da síndrome de Mirizzi não é fácil de fazer, nem estão disponíveis múltiplas modalidades de estudo radiológico para este fim. É um achado incidental no período trans-operatorio de cirurgias da vesícula biliar em que a referida síndrome não é o principal diagnóstico pré-operatório. Entre os métodos de estudo por imagem que podem ser usados para diagnosticar a síndrome de Mirizzi estão, mas não estão limitados a, ultra-som abdominal, tomografia computadorizada, colangiopancreatografia de ressonância magnética, e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Por outro lado, Csendes et al. reclasificaram a síndrome de Mirizzi em quatro tipos, categorizando a fístula colecystocholedochal de acordo com o seu grau de destruição. O tratamento mais comum da Síndrome de Misizzi é a cirurgia, que se baseia essencialmente na ressecção econômica ou total da vesícula biliar e na extração da pedra impactada, utilizando diferentes técnicas para reparar o defeito nos casos com fístula. A técnica cirúrgica, seja convencional ou laparoscópica, varia consoante o tipo de lesão, tornando-se mais complexa à medida que o grau de lesão aumenta. A cirurgia laparoscópica não é a mais recomendada, e alguns autores consideram-na contra-indicada, especialmente nos casos com uma fístula. O objetivo do tratamento inclui a descompressão do canal biliar e a prevenção da recidiva da doença. A descompressão temporária através da CPRE, utilizando stents biliares, procura poupar tempo, melhorando ao mesmo tempo as condições gerais de alguns pacientes, facilitando o planeamento das estratégias cirúrgicas a serem desenvolvidas. Foi aplicada uma metodologia descritiva, com uma abordagem documental, ou seja, a revisão das fontes disponíveis na rede, com conteúdo atempado e relevante para responder ao que é discutido neste artigo.

**Palavras-chave:** Insuficiência, Renal, Aguda, Diagnóstico, Tratamento.

## Introducción

El Síndrome de Mirizzi “es la denominación de un grupo de enfermedades relacionadas al área biliar, implican la obstrucción de la vía biliar principal por un cálculo vesicular, que pudiera o no producir una fístula colecistocolédociana e inclusive la erosión completa del conducto hepático”, así lo define (Mendez & Samaniego, 2013). Clínicamente se caracteriza por un cuadro de ictericia obstructiva secundaria a la impactación de una litiasis en el infundíbulo de la vesícula o en el conducto cístico, comprimiendo el conducto hepático común y pudiendo originar una fístula colecistocolédociana, además los estudios investigativos han asociado una mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar a esta patología.

Para el manejo de un Síndrome Mirizzi (SM), sin la presencia de fístula, se recomienda realizar una colecistectomía subtotal. En aquellos casos con fístula colecisto-coleodociana se ha descrito la coledocoplastia usando un parche de la vesícula biliar y colocando un tubo en T a través de la fístula; cuando se tiene una comunicación amplia se recomienda la hepático-yeyunostomía. El manejo endoscópico del SM comprende el drenaje biliar con la introducción de stents y la extracción de cálculos con una canastilla o balón. Las alternativas son litotripsia mecánica, electrohidráulica, extracorpórea o terapia de disolución.

El cáncer de la vesícula biliar se diagnóstica generalmente de forma incidental durante el estudio de las piezas quirúrgicas o cuando la enfermedad está avanzada y se expresa por su diseminación. A nivel mundial corresponde a la neoplasia más común de las vías biliares, y su prevalencia varía de acuerdo a la región geográfica, presentando una de las mayores incidencias para Prieto, Borráez, Prieto, & Guevara, (2022) en la Región Andina.

El 60 % se localiza en el fondo de la vesícula, el 30 % en el cuerpo y el 10 % en el cuello. Más del 90 % corresponden a adeno-

carcinomas y el restante 10 % a variedades como carcinoma de células escamosas, de células pequeñas, de tipo neuroendocrino, melanoma y linfoma. También se han informado neoplasias de tipo metastásico en la vesícula biliar. En general, el pronóstico es malo, con una supervivencia a cinco años de tan solo el 10 % para los tumores avanzados. Cuando los tumores son diagnosticados en una etapa temprana, se ha observado una supervivencia hasta del 90 % (p. 283).

El manejo percutáneo es reservado para pacientes quienes han fallado el tratamiento endoscópico. Existe una alta asociación entre SM y cáncer vesicular. La ventaja de reconocer la epidemiología clásica de los cálculos biliares en general, permite tener un conocimiento global sobre los orígenes del síndrome de Mirizzi. Existen factores de riesgo descritos por Campos, Molina, & Núñez, (2020) como: “la edad, (entre la cuarta y séptima década de vida), obesidad, sexo femenino, anticonceptivos orales, pérdidas abruptas de peso, ayunos prolongados, entre otros que aumentan estasis biliar, y fomentan la formación cálculos”. Es objetivo de este artículo de investigación profundizar en estos hechos, a continuación.

## Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema “Cáncer de Vesicular como Causa del Síndrome de Mirizzi”. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser consultadas al final, en la bibliografía.

### Resultados

La vesícula biliar la definen Macías, Magallanes, Magallanes, & Baquerizo, (2022) “es un órgano en forma de saco ovalado cuya función es almacenar y concentrar bilis que posteriormente pasa por el conducto cístico hacia la vía biliar principal y luego a la segunda porción del duodeno”. Tiene una medida promedio entre 7 a 10 cm de largo y puede almacenar entre 30-50 ml de bilis, se denomina colelitiasis a la presencia de cálculos al interior de la vesícula biliar. La teoría más aceptada en el diagnóstico de esta patología es el exceso de colesterol biliar.

Es una de las patologías más frecuentes del sistema gastrointestinal. La mayoría de las personas con colelitiasis son asintomáticas, presentando un riesgo anual de “2 - 4% en desarrollar síntomas y un 0,7 - 3% para desarrollar complicaciones, mientras que aquellos sintomáticos presentan complicaciones en un 30% siendo frecuentes la colecistitis aguda, pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis” (Macías, Magallanes, Magallanes, & Baquerizo, 2022). El síndrome de compresión biliar extrínseca fue descrito por primera vez por Kehr en 1905 y luego, en 1948, Pablo Mirizzi.

De su investigación destaco un cuadro caracterizado por “la obstrucción del conducto hepático común debida a la compresión mecánica y a la inflamación circundante, causadas por un cálculo biliar impactado en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico” (Acquafresca, Palermo, Blanco, García, & Tarsitano, 2014). En ese momento, Mirizzi hablaba de un componente funcional generado por el espasmo de la capa muscular circular del esfínter en el conducto hepático común. Actualmente se sabe que no existe tal esfínter.

El Síndrome de Mirizzi es una de las complicaciones poco frecuente de estas patologías, se produce a causa de uno o varios cálculos impactados en el cuello de la vesícula o el conducto cístico, esto

produce compresión extrínseca y obstrucción del conducto hepático común, generando una reacción inflamatoria, también condiciona la estenosis del conducto hepático común. “Puede producir necrosis del tejido adyacente, causando una fístula colecitocolociana” afirman (Macías, Magallanes, Magallanes, & Baquerizo, 2022).

### Epidemiología

El síndrome de Mirizzi (SM) es una entidad poco frecuente, presenta una incidencia de menos del 1%, la incidencia de esta patología está directamente proporcional con la edad, sin embargo, no tiene predilección por razas. Se presenta con mayor frecuencia en:

El sexo femenino (50-77%), aproximadamente de 0.05 a 4% de los diagnósticos se realizan durante la colecistectomía en pacientes portadores de colelitiasis y la variante más común es la SM tipo 1. A su vez, está asociado al cáncer de vesícula biliar, suponiendo que la constante inflamación y la estasis biliar serían los factores predisponentes, la prevalencia de cáncer vesicular en pacientes portadores de SM que se someten a cirugía es aproximadamente entre 5 y 28% (Campos, Molina, & Núñez, 2020).

La ventaja de reconocer la epidemiología clásica de los cálculos biliares en general, permite tener un conocimiento global sobre los orígenes del síndrome de Mirizzi. Existen factores de riesgo descritos por Campos, Molina, & Núñez, (2020) como: “la edad, (entre la cuarta y séptima década de vida), obesidad, sexo femenino, anticonceptivos orales, pérdidas abruptas de peso, ayunos prolongados, entre otros que aumentan estasis biliar, y fomentan la formación cálculos”.

### Fisiopatología

El Síndrome de Mirizzi se define como un complejo anatomo-clínico, propio dentro de la patología quirúrgica biliar. La secuencia evolutiva se inicia con una colelitiasis, “el

impacto de un cálculo en la bolsa de Hartmann o en el conducto cístico, dando origen a una colestasis por compresión extrínseca de la vía biliar principal” (Bravo, Caro, & Rincon, 2010). Las alteraciones de este síndrome son bien conocidas, se describe el compromiso de cuatro componentes:

1. La disposición anatómica del conducto cístico o el cuello de la vesícula de forma tal que corren paralelos al conducto hepático común.
2. La obliteración por un cálculo del conducto cístico o del cuello de la vesícula.
3. La obstrucción mecánica del conducto hepático común por un cálculo o por inflamación secundaria.
4. La ictericia o la colangitis.

### Diagnóstico

El diagnóstico preoperatorio del Síndrome de Mirizzi puede ser difícil, con una planeación quirúrgica cuidadosa, un reconocimiento trans-operatorio pueden evitar la alta incidencia de lesión de vía biliar. La tomografía y el ultrasonido no son específicos, pero pueden ser sugestivos cuando se detecta dilatación de la vía biliar intra hepática o hepática común proximal. “La certeza del diagnóstico en este caso es del 55 a 90%”, lo afirma (Rivera, Guerrero, Miñana, & Blancarte, 2017). Debido a la dificultad del diagnóstico preoperatorio más de la mitad de los casos de SM no se diagnostican hasta la cirugía.

Los hallazgos característicos durante la cirugía son fibrosis y obliteración de las estructuras del triángulo de Calot a causa de litos impactados en el infundíbulo o conducto cístico. La vesícula biliar puede estar contraída o dilatada con engrosamiento en la pared. La colangiografía transoperatoria y el ultrasonido son herramientas útiles para delinear la anatomía anormal en medio de la fibrosis y la inflamación. Entre los métodos de estudio de imagen utilizables para diagnosticar un síndrome de Mirizzi se en-

cuentran, pero no limitados a, el ultrasonido abdominal, la tomografía axial computarizada, la colangiografía, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

El procedimiento inicial de tamizaje es la ecografía abdominal, así lo sugieren Cardenas & Álvarez, (2018) en su investigación, ésta permite visualizar signos ecográficos que confirman el diagnóstico de SM como:

Vesícula biliar contraída con dilatación de la vía biliar intrahepática y del conducto hepático común, con calibre normal en el conducto biliar común, otros signos son detectados en la ecografía endoscópica, como: dilatación del cuello de la vesícula biliar, presencia de colelitiasis impactada a nivel del cuello de la vesícula o un cambio en el ancho del conducto hepático común distal a una colelitiasis y ante la sospecha diagnóstica se debe confirmar mediante una colangiografía percutánea o un estudio de colangiorresonancia (p. 39).

En el caso de las imágenes radiológicas, mediante una radiografía de abdomen el SM puede simular tumores de vesícula biliar, un colangiocarcinoma o un tumor del conducto cístico.

Por otro lado, la tomografía axial computarizada abdominal es apropiada para descartar malignidad, sin embargo, no aporta mayor información a la obtenida mediante ecografía con respecto a la colelitiasis y la obstrucción de la vía biliar. La colangiografía preoperatoria confirma el diagnóstico y determina la presencia de una fístula colecisto-coledociana, (Cardenas & Álvarez, 2018).

En este estudio, los signos indicativos del Síndrome de Mirizzi son la colelitiasis impactada en el cuello de la vesícula biliar o en conducto cístico, la obstrucción del conducto hepático común, el tamaño de la colelitiasis, la presencia de fístulas biliobiliares, enfermedad ampular, pancreática, duodenal o inclusive signos de malignidad, Colangiocarcinoma, Cáncer de vesícula,

Cáncer de Páncreas, Colangitis esclerosante, Enfermedad metastásica. Cabe destacar, debido a la escasa tasa de diagnósticos preoperatorios, el diagnóstico de forma intra operatoria sigue siendo fundamental, consiguiendo observar cambios en la anatomía biliar normal, como un triángulo de Calot obliterado o con una masa fibrótica, la vesícula biliar encogida o adherencias en el espacio subhepático.

### Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas y los hallazgos de laboratorio del síndrome de Mirizzi, son muy inespecíficos y no cuenta con signos patognomónicos. Es de sintomatología muy variable, existen casos de pacientes asintomáticos, sin embargo, lo usual es que curse similar a un cuadro de colecistitis aguda o colédoco litiasis. Las manifestaciones más comunes propuestas por Campos, Molina, & Núñez, (2020) son:

La ictericia, predominantemente de patrón obstructivo e intermitente, que en algunas ocasiones se asocia a coluria; fiebre y dolor abdominal predominantemente en cuadrante superior izquierdo o hipogastrio que puede irradiar a espalda, la hepatomegalia es un hallazgo presente en la minoría de pacientes (p. 80).

La prevalencia general de estos síntomas solo está presente en “el 44-77% de la población. El dolor es la manifestación más común, presentándose de forma variable en rangos de 54% a 100%, seguido de la ictericia, presente en 24% a 100% y colangitis en 6%-35% de los casos” (Campos, Molina, & Núñez, 2020). Al menos 1/3 de los pacientes presentan un cuadro agudo de colecistitis y a pesar de no ser lo más común, algunos se presentan con pancreatitis aguda. Algunos pacientes pueden aquejar dolor típico cólico o manifestarse con los síntomas sistémicos de la fiebre: escalofríos, taquicardia y anorexia, presentándose de forma intermitente, recurrentemente o fulminante, como una colangitis aguda severa.

### Clasificación

Basados en los hallazgos de la CPRE, en el año de 1982, Mcsherry y otros, clasificaron al Síndrome de Mirizzi en dos clases: el tipo I (constituye la compresión externa del conducto hepático común por un lito grande impactado en el conducto cístico sin lesión estructural). El tipo II, presenta una fístula colecisto-coledocal y es provocada por un lito biliar, el cual erosiona el conducto hepático común parcial o completamente (Cardenas & Álvarez, 2018).

En el 2008 Csendes propone la clasificación que se utiliza actualmente, la cual divide a la patología en 5 tipos, tomado de (Asef & Brack, 2014):

- Compresión externa del conducto biliar por un cálculo impactado en el infundíbulo vesicular o conducto cístico. Consiste en una compresión externa del conducto hepático común causada por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar.
- Fístula colecistobiliar, causada por la erosión de la pared del conducto biliar, generada por el lito. Involucra menos de 1/3 de la circunferencia del conducto biliar.
- Fístula colecistobiliar que involucra más de 2/3 de la circunferencia del conducto biliar.
- Fístula colecistobiliar con destrucción completa de la pared del conducto biliar, vesícula completamente fusionada con el conducto formando una estructura única. No hay planos de disección reconocibles entre las estructuras del árbol biliar. es aquella con una destrucción completa de toda la circunferencia de la pared del conducto hepático común.
- Fístula colecistoentérica junto con otro tipo de Mirizzi. Algunas clasificaciones incluyen el íleo biliar.

**Tabla 1.** Clasificación del Síndrome de Mirizzi según Csendes.

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Tipo I</b>   | Compresión externa del conducto hepático común, causada por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar.  |
| <b>Tipo II</b>  | Fístula colecistobiliar producto de erosión de la pared anterior y lateral del conducto hepático común, cuya fístula compromete menos de 1/3 de la circunferencia del hepático común. |
| <b>Tipo III</b> | Fístula colecistobiliar, con erosión del conducto hepático común que compromete hasta 2/3 de su circunferencia.   |
| <b>Tipo IV</b>  | Destrucción completa de toda la pared del conducto hepático común.  |
| <b>Tipo V</b>   | Casos del I al IV con presencia de fístula colecisto entérica con íleo biliar (Va) o sin íleo biliar (Vb).  |

**Fuente:** (Campos, Molina, & Núñez, 2020)

### Tratamiento

El tratamiento del Síndrome de Mirizzi más común utilizado es la cirugía, lo afirma en su investigación Ramos, Ruesca, Hernández, & Lufrio, (2013) “se basa esencialmente en la resección parcial o total de la vesícula biliar y extracción del cálculo impactado, utilizándose diferentes técnicas para reparar el defecto en los casos con fístula”. La técnica quirúrgica, ya sea por vía convencional o laparoscópica, varía dependiendo del tipo de lesión, siendo más compleja a medida que aumenta el grado de la lesión. La cirugía laparoscópica no es la más aconsejada, considerándola algunos autores contraindicada sobre todo en los casos con fístula.

El objetivo del tratamiento incluye la descompresión de la vía biliar y prevenir la recurrencia de la afección. Descompresión temporal mediante la CPRE, usando stents biliares busca ganar tiempo mientras se mejoran las condiciones generales de algunos pacientes, facilitando la planificación de las estrategias quirúrgicas a desarrollar. Se ha de resaltar la necesidad, afirma (Galiano, 2016) de apoyarse en la colangiografía transoperatoria, transvesicular o por punción del VBP; que validaría la confirmación del diagnóstico, vislumbrar adecuadamente la anatomía del sistema biliar, descartar litiasis coledociana e identificar la presencia de fístula, así como su tamaño.

En centros especializados y con la experiencia adecuada del cirujano, el uso del ultrasonido intra operatorio permite alcanzar el mismo objetivo. El tratamiento quirúrgico está basado en la extensión o tipo de SM, se lee en (Galiano, 2016):

- Tipo I. Colecistectomía, Colecistectomía subtotal: Abordaje convencional o laparoscópico.
- Tipo II. Colecistectomía abierta, Colecistectomía subtotal abierta: uso del remanente vesicular para cubrir defecto de la VBP sobre tubo en T. Coledocoduodenoanastomosis. Se reportan algunos resultados con la coledocoplastia usando remanente vesicular o ligamento redondo.
- Tipo III. Derivación bilioentérica. Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.
- Tipo IV. Derivación bilioentérica. Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux
- Tipo V. Tratamientos descritos anteriormente según tipo de MS.

La disección excesiva alrededor del proceso inflamatorio en el triángulo de Calot puede comprometer aún más la vascularización de la pared de la VBP e incrementar el tamaño de la fístula colecistobiliar; por lo que se debe evitar. La mayor parte de las afectaciones inflamatorias en la vecindad regresan a la anatomía normal cuando

el proceso causal y un adecuado drenaje se logran, la biopsia por congelación es la más recomendable realizar por la elevada frecuencia de cáncer de vesícula concomitante.

### **Morbimortalidad**

Debido a la complejidad técnica, tiempo quirúrgico empleado y a la eventual necesidad de derivados sanguíneos, la cirugía con intención curativa del Cáncer de Vesícula Biliar “se acompaña de una morbilidad postoperatoria no despreciable, con tasas que oscilan entre el 5-54%” (Prieto, Borrález, Prieto, & Guevara, 2022). Las complicaciones más comunes: fístulas biliares, insuficiencia hepática levemoderada, absceso intraabdominal e insuficiencia respiratoria.

La mortalidad postoperatoria de los casos operados y resecaos oscila, en función de las series, entre el 0 y el 21%, siendo mayor cuando se realizan resecciones hepáticas mayores y resecciones de la vía biliar. La supervivencia a 5 años de los pacientes con cáncer de vesícula biliar a los que se les realiza cirugía radical curativa adecuada en función de su estadio tumoral se sitúa entre el 14 y el 20% (Prieto, Borrález, Prieto, & Guevara, 2022).

### **Supervivencia en el cáncer de Vesícula Biliar**

El estadio tumoral se considera el factor más importante para predecir la supervivencia del paciente. Desafortunadamente, la mayoría de los pacientes con cáncer de Vesícula Biliar son diagnosticados en etapas tardías, e incluso pueden desarrollar metástasis aun después de cirugías radicales. “La supervivencia a cinco años reportada por Estados Unidos en estadio I fue de 65-85 %, estadio II 50 %, estadio III 20-25 % y estadio IV 6-15 %” (Prieto, Borrález, Prieto, & Guevara, 2022).

Con excepción del carcinoma in situ o del estado T1a, la supervivencia del cáncer de vesícula biliar es muy pobre. Datos de

la Base Nacional de Datos de Cáncer y del Colegio Americano de Cirujanos muestran que incluso “los cánceres en etapa temprana tienen una supervivencia limitada a 5 años” (Prieto, Borrález, Prieto, & Guevara, 2022). En cuanto a los pacientes con cáncer avanzado, aquellos tratados con colestectomía radical y con terapia adyuvante en casos seleccionados apropiadamente, son quienes logran la mejor supervivencia a largo plazo.

### **Conclusión**

El Síndrome de Mirizzi se encuentra entre las patologías de origen biliar con poca frecuencia de aparición, está asociado a pacientes con enfermedad litiasica de base. La similitud en presentación clínica, así como bioquímica con patologías biliares, la ausencia de signos o síntomas patognómicos, la limitada experiencia del personal de salud en el manejo del síndrome por su baja incidencia, exige el uso de estudios adyuvantes para lograr obtener un diagnóstico, entre los cuales se encuentran la ecografía abdominal, la ecografía endoscópica, la CPRE (método diagnóstico de elección), el TAC, la colangiografía percutánea o un estudio de colangiorresonancia.

Existe un número sustancial de herramientas diagnósticas para dicho síndrome, como el ultrasonido abdominal, colangiorresonancia o tomografía axial computarizada, la mayoría de los diagnósticos se realizan en el trans-operatorio, lo que acarrea mayor tasa de complicaciones que pueden ser prevenibles en caso de un diagnóstico previo y elección adecuada de la técnica quirúrgica. La tomografía axial computarizada abdominal es apropiada para descartar malignidad, sin embargo, no aporta mayor información a la obtenida mediante ecografía con respecto a la colelitiasis y la obstrucción de la vía biliar.

La ecografía no es un método específico para hacer el diagnóstico de esta patología, pero es necesario realizarla en el comienzo del estudio de un paciente con patología



biliar. La colangiografía es el estudio ideal para planear la cirugía ante la sospecha de este diagnóstico. El tratamiento de esta entidad es siempre quirúrgico y difiere en cada entidad patológica. La cirugía laparoscópica es técnicamente factible y segura en los casos de Mirizzi tipo I cuando se lleva a cabo por cirujanos con experiencia y entrenamiento. Cuando se trata del tipo II, es recomendable la cirugía abierta tradicional.

Lo anterior refuerza la necesidad de contar con un manejo de una amplia gama de recursos para resolver este síndrome, que van desde una coledocoplastia con tubo de Kehr por vía laparoscópica hasta la realización de una hepático-yeyuno-anastomosis en los casos más complejos. Siempre se debe tener en cuenta la experiencia del equipo quirúrgico actuante para tomar la conducta adecuada.

Es de gran importancia realizar un seguimiento ecográfico de todos los pacientes con coledocistitis, pólipos vesiculares y de aquellos pacientes que tengan alguno de los factores de riesgo referidos. Se debe evaluar el resultado de patología de cada paciente, teniendo en cuenta que hay una posibilidad mínima de encontrar un cáncer de vesícula de manera incidental. Es relevante la estandarización de los análisis de las muestras patológicas, especialmente en lo relacionado con el mapeo por parte de los patólogos, en busca de estadios tempranos de Cáncer de Vesícula Biliar, que justifiquen la re intervención o el tratamiento complementario necesario para cada paciente.

## Bibliografía

Acquafresca, P., Palermo, M., Blanco, L., García, R., & Tarsitano, F. (2014). Síndrome de Mirizzi: Prevalencia, Diagnóstico y Tratamiento. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 44(4), 323 - 328. Retrieved 2022, from <https://www.redalyc.org>

### CITAR ESTE ARTICULO:

Alvarado Avila, V. A., Sinchi Suquilanda, J. C., Mullo Chiluisa, J. D., & Borja Jimenez, T. A. (2022). Cáncer de vesícula como causa del Síndrome de Mirizzi. *RECIMUNDO*, 6(4), 96-104. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.96-104](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.96-104)

Asef, K., & Brack. (2014). Abordaje Quirúrgico de Síndrome de Mirizzi: Revisión de la Literatura. *Prensa Medica Argentina*, 100(4), 242 - 249. Retrieved 2022, from <https://www.researchgate.net>

Bravo, D., Caro, L., & Rincon, J. (2010). Síndrome de Mirizzi: Caso Clínico y Revisión Literaria. *Revista Semilleros Med*, 4(1), 49 - 58. Retrieved 2022, from <https://ascolcirugia.org>

Campos, M., Molina, D., & Núñez, A. (2020). Síndrome de Mirizzi. *Revista Médica de Sinergia*, 5(6). Retrieved 2022, from <https://dialnet.unirioja.es>

Cardenas, M., & Álvarez, R. (2018). Síndrome de Mirizzi. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina HSJD*. Retrieved 2022, from <https://www.medigraphic.com>

Galiano, J. (2016). El síndrome de Mirizzi, un desafío para el cirujano. *Revista Cubana de Cirugía*, 55(2), 151 - 163. Retrieved 2022, from <http://scielo.sld.cu>

Macías, M., Magallanes, N., Magallanes, Y., & Baquerizo, M. (2022). Síndrome de Mirizzi. *RECIMUNDO*, 6(1), 87 - 95. doi:10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.87-95

Mendez, E., & Samaniego, C. (2013). El manejo del síndrome de Mirizzi en un servicio de cirugía general. *Cirugía Paraguay*, 37(1), 10 - 14. Retrieved 2022, from <http://scielo.iics.una.py>

Prieto, R., Borrás, B., Prieto, J., & Guevara, O. (2022). Cáncer de vesícula biliar, una visión actual. *Revista Colombiana de Cirugía*, 37(2), 280 - 297. doi:doi.org/10.30944/20117582.891

Ramos, C., Ruesca, C., Hernández, Y., & Llufrío, P. (2013). Síndrome de Mirizzi tipo IV: diagnóstico y manejo mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Reporte de caso. *Revista Médica Electrónica*, 35(3), 263 - 270. Retrieved 2022, from <https://www.medigraphic.com>

Rivera, F., Guerrero, G., Miñana, F., & Blancarte, A. (2017). Síndrome de Mirizzi coloduodenal, propuesta para incluir la variante Ia, Ib y su manejo en la nueva clasificación de Beltrán. *Cirujano General*, 39(3). Retrieved 2022, from <https://www.scielo.org.mx>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.