

## Resumo de Tese

---

### **Síndrome de Mirizzi. Contribuição ao diagnóstico e à terapêutica.**

Autora: *Lívia Maria Cunha Leite.*

Orientador: *José Flávio Coelho.*

Dissertação de Mestrado. UFRJ, 2005.

A síndrome de Mirizzi corresponde à impacção de um cálculo no infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico, causando inflamação e compressão da via biliar principal, levando a icterícia obstrutiva; é considerada rara nos países desenvolvidos. Em nosso meio, a sua frequência não é conhecida, contudo, tem sido diagnosticada por meio da colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER). Os objetivos deste estudo foram: avaliar a prevalência, aspectos diagnósticos e terapêuticos da síndrome de Mirizzi no Estado do Rio de Janeiro.

No período de agosto de 1996 a agosto de 2002, foram encontrados 56 (3,95%) casos de síndrome de Mirizzi dentre 1.416 pacientes com litíase biliar sem outras doenças associadas, submetidos a CPER. Todos viviam

em situação socioeconômica desfavorável e foram atendidos em hospitais da rede pública ou em pequenas clínicas do subúrbio do Rio de Janeiro. Pertenciam ao sexo feminino 45 pacientes (80,4%) e 11 ao sexo masculino (19,6%). A idade variou de 23 a 91 anos, com média de 48,5 anos. Estes 56 casos foram distribuídos de acordo com a classificação proposta por Csendes *et al.* (1989): tipo I – compressão do ducto hepático comum por cálculo impactado no ducto cístico ou infundíbulo da vesícula; tipo II – presença de fístula colecistobiliar, com erosão de menos de um terço da circunferência do ducto biliar; tipo III – a fístula envolve mais de dois terços da circunferência do ducto; tipo IV – há completa destruição da parede do ducto biliar.

A presença de fístula bilio-biliar ocorreu em 32 pacientes, dos quais 25 (44,6%) apresentavam a fístula do tipo II, cinco (8,9%) a do tipo III e dois (3,6%) a do tipo IV. Os 24 (42,8%) pacientes restantes tinham fístula do tipo I. Todos os pacientes apresentaram icterícia no

curso da doença. O tratamento endoscópico foi feito em 54 pacientes como coadjuvante no pré-operatório, através da papilotomia, colocação de próteses biliares plásticas e de drenos nasobiliares. Em dois casos, o tratamento endoscópico foi definitivo. O tratamento de escolha, de acordo com a gravidade dos casos, foi a colecistectomia com coledocostomia a Kehr e a anastomose bilidigestiva, preferencialmente, a hepaticojejunostomia. Nenhum paciente foi operado por videolaparoscopia.

A prevalência da síndrome de Mirizzi foi relevante no Rio de Janeiro (3,95%); mais de 50% dos pacientes apresentavam esta síndrome com fístula biliar; o estudo sugere a importância do diagnóstico precoce da doença biliar litíase, para prevenir a síndrome de Mirizzi, evitando cirurgias mais extensas e com maior morbimortalidade. O diagnóstico da síndrome de Mirizzi no pré-operatório é de extrema valia para o cirurgião, que através dele poderá escolher o tipo de operação e a via, aberta ou laparoscópica.