

DIAGNÓSTICO INTRAOPERATÓRIO DA SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II: RELATO DE CASO

INTRAOPERATIVE DIAGNOSIS OF MIRIZZI SYNDROME TYPE II: CASE REPORT

**DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DEL SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II:
REPORTE DE CASO**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n10-077>

Data de submissão: 09/09/2025

Data de publicação: 09/10/2025

Helen Brambila Jorge Pareja
Mestrado em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: brambila_hj@hotmail.com

Amanda Aizza Caceres
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: amandacaceres882@gmail.com

Isabella Mayer Mautoni Lincon
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: isabellalincon@gmail.com

Maria Angela Furumiti Kawano
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: mariakawano@hotmail.com

Natália Penque Matsuno Yugoshi
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: nat.yugoshi@gmail.com

Augusto Cesar Mariano da Silva
Médico
Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
E-mail: acmsmed@hotmail.com

Camila de Almeida Moraes
Médica
Instituição: UNITPAC
E-mail: camilaalmeidamoraes@hotmail.com

RESUMO

Apresentação do caso: Relata-se o caso de uma paciente de 42 anos, com dor persistente em hipocôndrio direito e diagnóstico pré-operatório de colecistite crônica calculosa. Durante a colecistectomia videolaparoscópica, identificou-se cálculo impactado com fistula colecisto-biliar, compatível com Síndrome de Mirizzi tipo II. Foi realizada colecistectomia, exploração da via biliar e drenagem tubular. A paciente evoluiu bem, com alta em 48 horas. Discussão: O diagnóstico da síndrome é frequentemente intraoperatório, como no caso apresentado. Apesar de mais comum em pacientes mais idosos, pode ocorrer em mulheres jovens. A conduta cirúrgica adequada, baseada em classificação e extensão da lesão, reduz riscos de complicações e promove boa evolução. Comentários finais: Em pacientes com colecistite crônica e dor persistente em hipocôndrio direito, a Síndrome de Mirizzi deve ser considerada mesmo na ausência de alterações em exames de imagem prévias. No caso descrito, o diagnóstico de Mirizzi tipo II só foi confirmado no intraoperatório, ao identificar-se fistula colecisto-biliar envolvendo cerca de um terço do ducto hepático comum. A colecistectomia videolaparoscópica, aliada à exploração da via biliar e à inserção de dreno tubular, permitiu dieta precoce, alta em 48 horas e recuperação sem intercorrências, evidenciando a eficácia e a segurança da abordagem minimamente invasiva em centros especializados.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi. Colecistite Crônica. Colecistectomia Videolaparoscópica.

ABSTRACT

Case Presentation: We report the case of a 42-year-old female patient with persistent pain in the right upper quadrant and a preoperative diagnosis of chronic calculous cholecystitis. During laparoscopic cholecystectomy, an impacted stone with a cholecystobiliary fistula was identified, consistent with type II Mirizzi syndrome. Cholecystectomy, bile duct exploration, and tubular drainage were performed. The patient progressed well and was discharged within 48 hours. Discussion: The syndrome is often diagnosed intraoperatively, as in the case presented. Although more common in older patients, it can occur in young women. Appropriate surgical management, based on lesion classification and extent, reduces the risk of complications and promotes a good outcome. Final Comments: In patients with chronic cholecystitis and persistent pain in the right upper quadrant, Mirizzi syndrome should be considered even in the absence of abnormalities on previous imaging studies. In the case described, the diagnosis of Mirizzi type II was only confirmed intraoperatively, when a cholecystobiliary fistula involving approximately one-third of the common hepatic duct was identified. Laparoscopic cholecystectomy, combined with bile duct exploration and tubular drain insertion, allowed early diet, discharge within 48 hours, and uneventful recovery, demonstrating the efficacy and safety of the minimally invasive approach in specialized centers.

Keywords: Mirizzi Syndrome. Chronic Cholecystitis. Laparoscopic Cholecystectomy.

RESUMEN

Presentación del caso: Reportamos el caso de una paciente de 42 años con dolor persistente en el cuadrante superior derecho y diagnóstico preoperatorio de colecistitis litiásica crónica. Durante una colecistectomía laparoscópica, se identificó un cálculo impactado con una fistula colecistobiliar, compatible con el síndrome de Mirizzi tipo II. Se realizó colecistectomía, exploración de la vía biliar y drenaje tubular. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta en 48 horas. Discusión:

El síndrome a menudo se diagnostica intraoperatoriamente, como en el caso presentado. Aunque es más común en pacientes mayores, puede ocurrir en mujeres jóvenes. El manejo quirúrgico apropiado, basado en la clasificación y extensión de la lesión, reduce el riesgo de complicaciones y promueve un buen pronóstico. Comentarios finales: En pacientes con colecistitis crónica y dolor persistente en el cuadrante superior derecho, se debe considerar el síndrome de Mirizzi incluso en ausencia de anomalías en estudios de imagen previos. En el caso descrito, el diagnóstico de Mirizzi tipo II solo se confirmó intraoperatoriamente, al identificarse una fistula colecistobiliar que afectaba aproximadamente un tercio del conducto hepático común. La colecistectomía laparoscópica, combinada con la exploración de la vía biliar y la inserción de un drenaje tubular, permitió una dieta temprana, el alta hospitalaria en 48 horas y una recuperación sin complicaciones, lo que demuestra la eficacia y seguridad del abordaje mínimamente invasivo en centros especializados.

Palabras clave: Síndrome de Mirizzi. Colecistitis Crónica. Colecistectomía Laparoscópica.

1 INTRODUÇÃO

A Colecistite aguda calculosa é uma inflamação da vesícula biliar causada predominantemente pela obstrução do ducto cístico por cálculos biliares que compromete o fluxo da bile, provocando um processo inflamatório. Trata-se da forma mais prevalente de colecistite aguda, que ocorre em 90 à 95% dos casos e é caracterizada por dor em hipocôndrio direito, febre e sinais de inflamação sistêmica, podendo evoluir para complicações graves caso não seja tratada adequadamente, dentre as quais se destaca a Síndrome de Mirizzi (1).

A Síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colecistite aguda, com prevalência estimada entre 0,05% e 4% dos pacientes submetidos à colecistectomia por colelitíase, com maior prevalência em mulheres na idade fértil, grupo já predisposto à doença litiasica biliar (2). Embora sua prevalência seja baixa, a síndrome apresenta elevada importância clínica, devido ao risco elevado de lesões das vias biliares durante intervenções cirúrgicas mal planejadas. A frequência de lesões das vias biliares varia de acordo com a classificação de Csendes: tipo I entre 6% e 17%, tipo II entre 28% e 40%, tipo III entre 60% e 80% e tipo IV até 100% e tipo V em torno de 15 a 20% dos casos, dependendo da associação com fistulas biliares complexas. É caracterizada pela compressão extrínseca do ducto hepático comum causada por um cálculo impactado no infundíbulo da vesícula biliar ou no ducto cístico, frequentemente associada à inflamação crônica e fibrose local (3). Descrita pela primeira vez em 1948 pelo cirurgião argentino Pablo Luis Mirizzi, essa condição representa um desafio clínico e cirúrgico, tanto pelo diagnóstico frequentemente tardio quanto pelas dificuldades técnicas envolvidas no seu tratamento (3).

Sua fisiopatologia está associada à obstrução prolongada causada por cálculos biliares no infundíbulo da vesícula ou ducto cístico, o que leva a um processo inflamatório local. Esse processo pode levar à fibrose e ao espessamento das paredes vesiculares, resultando na compressão externa do ducto hepático comum. Em casos mais avançados, a inflamação pode levar à erosão da parede biliar com consequente formação de fistulas colecistobiliares (2,3). A obstrução biliar persistente pode evoluir com necrose das paredes adjacentes da vesícula e do ducto hepático comum, agravando a drenagem da bile e predispondo a complicações como colangite, icterícia obstrutiva e lesões complexas da via biliar (3). Para melhor abordagem terapêutica, Csendes et al. propuseram uma classificação da síndrome, com base na presença e extensão da fistula, em cinco tipos: tipo I (10-51%), caracterizado apenas por compressão extrínseca sem fistula; tipo II (15-44%), com fistula colecistobiliar envolvendo menos de $\frac{1}{3}$ do diâmetro do ducto biliar; tipo III (26-41%), com envolvimento de até $\frac{2}{3}$ do ducto; tipo IV (4-10%), com destruição completa da parede do ducto biliar; e tipo V (2-5%), em que qualquer um dos tipos anteriores é acompanhado por uma fistula colecistoentérica (4).

Figura 1: Classificação de Csendes para síndrome de Mirizzi.

	Colecistite Crônica	Compressão Ducto Hepático	Fístula Bilio-biliar			
Classificação						
McSherry et al			Tipo I			
Csendes et al			Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV

Fonte: Beltrán MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. World J Gastroenterol. 2012;18(34):4639–50. doi:10.3748/wjg.v18.i34.4639

A apresentação clínica da síndrome de Mirizzi é geralmente lenta e silenciosa, assemelhando-se a outras doenças do trato biliar, o que pode dificultar seu diagnóstico precoce. Os sintomas mais comuns incluem dor intensa no hipocôndrio direito (presente em cerca de 90% dos casos), icterícia progressiva -intermitente ou contínua- (aproximadamente 60-70%), febre (em torno de 60%) e sintomas sistêmicos como náuseas, vômitos e calafrios (presente em 50-60%) (5). Sobre a sobreposição com complicações de colangite: a síndrome de Charcot (triade de febre, dor em quadrante superior direito e icterícia) ocorre em até 70% dos pacientes com colangite associada, mas em MS pode estar presente em 15–20%; a pêntade de Reynolds (acrescida de hipotensão e alteração do estado mental) é ainda mais rara no contexto de Mirizzi, sendo relatada em menos de 10% dos casos. Já o íleo biliar (obstrução intestinal por cálculo migrado — colecistite entérica) associada à síndrome de Mirizzi é extremamente incomum, com incidência estimada em menos de 1% dos casos (6).

O diagnóstico é desafiador e depende da associação entre os achados clínicos e de imagem. A ultrassonografia abdominal permite a visualização de cálculos impactados e dilatação das vias bilaterais intra-hepáticas, embora apresente sensibilidade limitada. A colangioressonância magnética (CPRM) é um exame não invasivo e com boa acurácia (sensibilidade acima de 90%), sendo atualmente o método de escolha para avaliação anatômica das vias biliares e suspeita de fistulas (3). A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) também pode ser utilizada com função tanto diagnóstica quanto terapêutica, permitindo drenagem biliar e colocação de stents, além de visualização direta da obstrução. A tomografia computadorizada contribui para o reconhecimento detalhado da anatomia biliar e a identificação da compressão extrínseca, auxiliando na avaliação de complicações, como abscessos ou suspeita de colangiocarcinoma (2,4).

O tratamento da Síndrome de Mirizzi é majoritariamente cirúrgico e a conduta varia de acordo com a classificação da doença (graus I a IV) e do grau de envolvimento das vias biliares. No tipo I, em que há apenas compressão extrínseca do ducto hepático comum sem fistula, a colecistectomia pode ser realizada de forma segura, preferencialmente por via aberta, devido ao risco aumentado de lesão biliar durante a laparoscopia, especialmente se houver inflamação intensa. Nos tipos II e III, nos quais existe uma fistula colecistobiliar envolvendo menos de $\frac{1}{3}$ e até $\frac{2}{3}$ do diâmetro do ducto biliar, respectivamente, é necessária uma abordagem reconstrutiva, geralmente com colangiografia com ou sem colocação de tubo em T (dreno T-Kher), ou ainda anastomose bilioenterica, dependendo da extensão do comprometimento (4). Já o tipo IV, que apresenta destruição completa da parede do ducto biliar, exige uma reconstrução completa, sendo a hepaticojunoanastomose em alça de Roux a técnica mais indicada para restaurar o fluxo biliar (5). No tipo V, que inclui qualquer um dos tipos anteriores associado à formação de fistula colecistoenterica (com o duodeno, cólon ou estômago), além da reconstrução da via biliar, é obrigatória a correção da fistula e teria, podendo ser necessária ressecção do segmento intestinal acometido e sutura primária. Em todos os casos mais avançados, o reconhecimento pré-operatório da síndrome é fundamental para o planejamento cirúrgico adequado, sendo recomendada a realização prévia de colangiografia (endoscópica, percutânea ou intraoperatória) para definir a anatomia e reduzir o risco de complicações. Em pacientes com colangite ativa ou icterícia obstrutiva grave, pode ser necessário realizar drenagem biliar temporária por CPRE ou drenagem percutânea antes da cirurgia definitiva, visando reduzir a morbidade operatória (5).

Em suma, a síndrome de Mirizzi é uma entidade rara, porém relevante, no espectro das doenças do trato biliar. Apesar de sua baixa frequência, seu reconhecimento é essencial para prevenir complicações graves, como lesões da via biliar durante a colecistectomia. A compreensão de sua fisiopatologia, associada ao uso de métodos de imagem precisos e à aplicação da classificação de Cséndes, permite uma abordagem cirúrgica segura e individualizada. Diante disso, o alto grau de suspeição clínica em pacientes com colelitíase e icterícia obstrutiva é fundamental para garantir um tratamento eficaz, reduzir a morbidade e melhorar o prognóstico dos pacientes (2,3,5).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 42 anos, encaminhada ao hospital via atendimento ambulatorial, com história de dor em hipocôndrio direito de moderada intensidade associada a náuseas há aproximadamente um mês, hiporexia e episódio isolado de febre ($37,8^{\circ}\text{C}$) ocorrido cinco dias antes da avaliação. Nas duas semanas que antecederam o encaminhamento, a dor apresentou piora e irradiação para epigástrico, mantendo os sintomas. A ultrassonografia de abdome total evidenciou

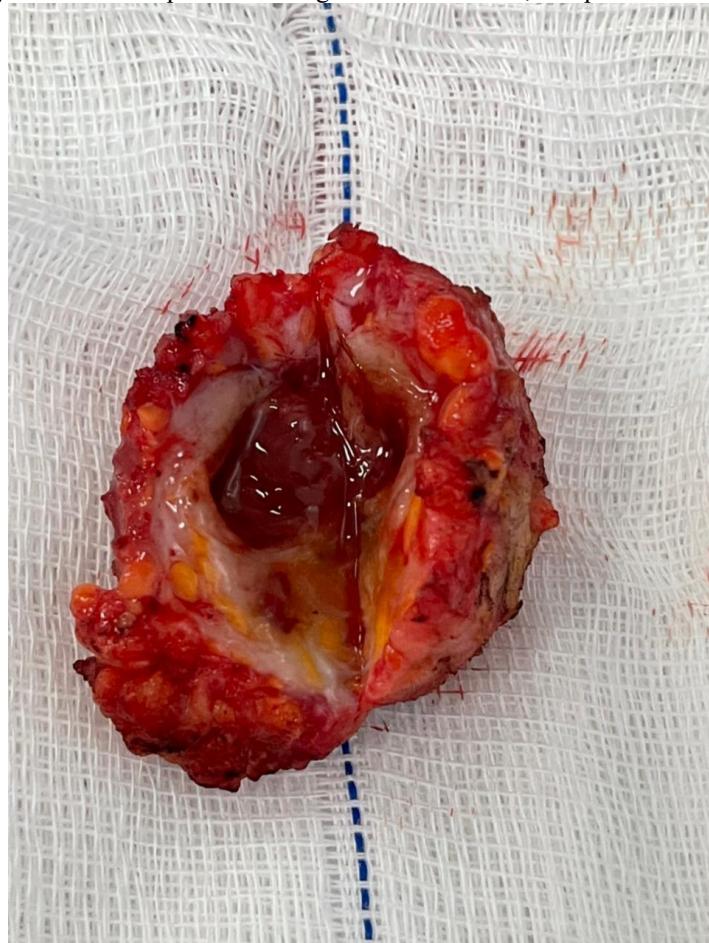
colecitite crônica calculosa, sem sinais de complicaçāo, sendo indicada colecistectomia eletiva. O procedimento foi realizado por videolaparoscopia. Durante o intraoperatório da cavidade abdominal, observou-se processo inflamatório da vesícula biliar com cálculo impactado no infundíbulo, formando fistula entre a vesícula e o colédoco, achado compatível com síndrome de Mirizzi tipo II. Foi realizada colecistectomia com exploração da via biliar e drenagem tubular da cavidade. A paciente evoluiu bem, com dieta introduzida no mesmo dia e alta hospitalar em 48 horas. O dreno foi mantido por cinco dias e retirado em acompanhamento ambulatorial, sem intercorrências.

Figura 1. Aspecto intraoperatório evidenciando o leito da vesícula biliar apóis colecistectomia videolaparoscópica. Observa-se área friável com presença de sangramento controlado com uso de hemostático absorvível (Surgicel®).



Fonte: Arquivo pessoal da equipe médica. Internação de Michela, 2025.

Figura 2. Peça cirúrgica de vesícula biliar aberta longitudinalmente, evidenciando espessamento da parede e inflamação intensa da mucosa. Presença de cálculo impactado em região de infundíbulo, compatível com síndrome de Mirizzi tipo II.



Fonte: Arquivo pessoal da equipe médica. Internação de Michela, 2025.

3 DISCUSSÃO

No estudo de um hospital brasileiro, foram realizadas 1.165 colecistectomias, das quais 18 casos corresponderam à Síndrome de Mirizzi; 61,1% dos pacientes com a síndrome eram homens e a idade média foi de 63,4 anos (7). Desse modo, o caso relatado está fora das expectativas, pois a paciente era uma mulher de 42 anos.

Devido à sua apresentação clínica semelhante à de outras doenças biliares, como colelitíase, coledocolitíase e colangite, o diagnóstico definitivo da Síndrome de Mirizzi geralmente ocorre durante o ato operatório (8,9). De acordo com o estudo de Klekowski et al., a ultrassonografia (US) é o método de diagnóstico inicial mais frequentemente utilizado, embora apresente apenas sensibilidade mediana. Apesar dos avanços das ferramentas da medicina moderna, a Síndrome de Mirizzi ainda é considerada uma “armadilha” nas cirurgias de colelitíase (10).

O diagnóstico dessa síndrome não pode ser baseado apenas na clínica; exames laboratoriais e de imagem são essenciais. Uma grande proporção dos casos é diagnosticada intraoperatoriamente, o

que aumenta o risco de diversas complicações (8,9). Em situações de alto risco para lesão das vias biliares, indica-se a colecistectomia subtotal. Nos casos tipo II, pode haver necessidade de reparo do colédoco, com ou sem uso de dreno em T, ou anastomoses bilioentéricas, a depender da extensão da erosão (8,9).

Esses dados reforçam a complexidade do diagnóstico, que frequentemente depende da suspeita clínica associada à experiência cirúrgica. A paciente do caso relatado apresentou sintomas típicos e foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica com exploração da via biliar e drenagem tubular. A evolução pós-operatória foi excelente, com alta precoce e sem intercorrências no seguimento ambulatorial, ilustrando a importância do diagnóstico intraoperatório e da conduta apropriada.

4 CONCLUSÃO

Em paciente com colecistite crônica e dor persistente em hipocôndrio direito, a suspeita clínica de Síndrome de Mirizzi deve ser mantida mesmo na ausência de achados conclusivos nos exames de imagem pré-operatórios. No caso apresentado, o diagnóstico definitivo de Mirizzi tipo II foi estabelecido apenas durante a colecistectomia videolaparoscópica, momento em que se identificou fistula colecisto-biliar envolvendo cerca de um terço do diâmetro do ducto hepático comum. A remoção bem-sucedida do cálculo impactado, associada à exploração completa da via biliar e ao posicionamento de dreno tubular, viabilizou introdução precoce de dieta e alta hospitalar em 48 horas, sem ocorrência de coleperitônio, icterícia ou infecção do sítio operatório. Estes resultados corroboram evidências de que, em equipes com experiência consolidada e protocolos de segurança intraoperatória rigorosos, a abordagem laparoscópica constitui opção terapêutica eficaz para a Síndrome de Mirizzi tipo II, promovendo recuperação pós-operatória rápida e baixa morbidade.

REFERÊNCIAS

Moreira RCF, Saad R. Gastroenterologia e Hepatologia: Diagnóstico e Tratamento. 3^a ed. São Paulo: Atheneu; 2020.

Machado MAC. Colecistite Aguda: Diagnóstico e Tratamento. 2^a ed. São Paulo: Manole; 2022.

Menezes LGPT, Waridel D, Sandmann MA de A, Canedo PJP, Martines B, Frati R. Colecistite com síndrome de Mirizzi: diagnóstico e desafios clínicos. Rev Med (São Paulo). 2025 Jul;104(4 esp):e238645. doi:10.11606/issn.1679-9836.v104i4esp.e238645

Santos LEM, Nóbrega IM, Lima HP, Oliveira Arantes G, Toledo RA, Pereira AO. Relato de caso: Síndrome de Mirizzi diagnosticada no intraoperatório. Rev Cient CEREM-GO. 2024;4(12):e127. doi:10.37951/2675-5009.2024v4i12.127

Faria NMTG, Martins NG, Haine M, Napoleão do Rego MR, Cytrangulo Vieira MA. Síndrome de Mirizzi: revisão e abordagem [Internet]. Cadernos da Medicina – UNIFESO; [citado 2025 ago 6]. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br>

Beltrán MA. Mirizzi syndrome: History, current knowledge and proposal of a simplified classification. World J Gastroenterol. 2012;18(34):4639-50. doi:10.3748/wjg.v18.i34.4639.

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. Gastroenterol Res Pract. 2018;2018:6962090. doi:10.1155/2018/6962090

Bezerra Filho CAQ, Amaral BWM, Costa TS, Pestana FL, Barbosa MEF, Rocha NFR, et al. Síndrome de Mirizzi: atualizações terapêuticas. Rev Eletr Acervo Saúde. 2024;6(10):2683–95. doi:10.36557/2674-8169.2024v6n10p2683-2695

Klekowski J, Piekarska A, Góral M, Kozula M, Chabowski M. The Current Approach to the Diagnosis and Classification of Mirizzi Syndrome. Diagnostics (Basel). 2021;11(9):1660. doi:10.3390/diagnostics11091660

Beltrán MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. World J Gastroenterol. 2012;18(34):4639–50. doi:10.3748/wjg.v18.i34.4639