

Principais aspectos sobre a abordagem cirúrgica da Síndrome de Mirizzi

Main aspects about the surgical approach to Mirizzi Syndrome

DOI:10.34119/bjhrv5n5-127

Recebimento dos originais: 23/08/2022

Aceitação para publicação: 20/09/2022

Larissa Sousa Vital

Médica

Instituição: Faculdade Dinâmica Vale do Piranga (FADIP)

Endereço: Avenida Veneza, 586, Grã-Duquesa, Governador Valadares - MG

E-mail: larissasvital10@gmail.com

Mariana de Paula Dias

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Endereço: Rua Carolina Figueiredo, 111, Serra

E-mail: marianapauladias@gmail.com

Jader José dos Santos

Ensino Superior Incompleto

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Rua Doutor Lucidio Avelar, 158

E-mail: jadersantos.2482@aluno.unibh.br

Romana Marques de Souza

Superior Incompleto

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Rua Novo Mundo, 393, Novo Glória, CEP: 30880-320

E-mail: romanamarques@yahoo.com.br

Sofia Sturzeneker Porto

Medicina

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Rua Tito Botelho Martins, 95

E-mail: sofiasporto13@gmail.com

Rafaela Ferreira de Souza

Medicina

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Av. Professor Mário Werneck, 1708

E-mail: rafaela-souza-moema@hotmail.com

Maria Clara Burmann de Barros

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Rua Professora Bartira Mourão, 438

E-mail: mariacburmann@outlook.com

Isabella de Paiva Colliat

Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema

Endereço: Rua Jovino Ribeiro, 309, Bairro, Juiz de Fora - MG

E-mail: isabellacolliat@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Mirizzi (SM), descrita por Pablo Mirizzi, em 1948, é um exemplo de desordem que acomete a via biliar. Consiste na obstrução do ducto hepático comum ou do ducto colédoco desencadeada pela oclusão extrínseca por cálculo impactado no infundíbulo ou no ducto cístico, é uma complicação rara da litíase biliar. Os fatores de risco para a ocorrência de litíase biliar também estão associados à maior incidência de SM: idade avançada, anticoncepcionais orais, perdas abruptas de peso. Apresenta sintomatologia extremamente variável, variando de apresentações assintomáticas a icterícia, febre e dor em hipocôndrio direito. Aproximadamente um terço dos pacientes apresentam colecistite aguda ao diagnóstico da SM, e, raramente, pancreatite aguda. Pode-se verificar alterações laboratoriais como elevação sérica de fosfatase alcalina e de bilirrubina, e em pacientes com associação de colecistite aguda, colangite ou pancreatite, pode haver leucocitose. Csendes estabeleceu a classificação da Síndrome de Mirizzi em quatro tipos a depender da presença e da extensão da fístula colecistobiliar. O tipo I refere-se à compressão externa do ducto hepático comum, sem o desenvolvimento de fístula. O II representa uma fístula colecistobiliar, a qual envolve menos de 1/3 da circunferência do ducto biliar comum. O tipo III está relacionado a fístula colecistobiliar, com mais de 2/3 do diâmetro da circunferência do ducto hepático comum. O tipo IV é definido quando há destruição completa da parede do ducto biliar comum. E, por fim, o tipo V representa qualquer dos tipos anteriores, associados à fístula colecistoentérica, sendo classificado Va quando não há íleo biliar e Vb na presença de íleo biliar. É de extrema importância que se faça o diagnóstico pré-operatório para o planejamento seguro da cirurgia, entretanto, aproximadamente 0.05 a 4% dos diagnósticos são realizados durante a colecistectomia em pacientes portadores de colelitíase. Pode-se usar a ultrassonografia (US), a qual geralmente revela cálculos biliares e uma vesícula contraída, entretanto, o diagnóstico dessa síndrome é dificultado devido à proximidade do cístico e do ducto biliar comum. Já a Tomografia Computadorizada (TC) abdominal é capaz de determinar malignidade, mas a sensibilidade para o diagnóstico de SM é de 42%. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) é um método com maior sensibilidade para avaliação da SM, além de possibilitar a determinação da extensão da inflamação pericolecística e de auxiliar no diagnóstico diferencial dessa síndrome. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) pode ser utilizada para confirmar o diagnóstico de síndrome de Mirizzi e determinar se há fístula colecistobiliar. Quando há falha da CPRE ou quando o paciente não pode realizá-la, procede-se com a colangiografia trans-hepática percutânea (CPT). Além disso, a CPRE e a esfínterectomia possibilitam a descompressão biliar por implante de stent interno em pacientes com icterícia obstrutiva ou colangite. O tratamento é cirúrgico e visa alterar os fatores precipitantes da síndrome: a inflamação da vesícula biliar e o cálculo impactado. Este artigo visa discutir acerca dos principais aspectos relacionados ao tratamento cirúrgico da Síndrome de Mirizzi e estabelecer o tratamento de acordo com a classificação da doença do paciente. **Métodos:** Para isso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura vigente, com os descritores “Cálculos biliares x síndrome de Mirizzi” e “surgical treatment x Mirizzi syndrome”, a partir dos bancos de dados Pubmed, Scielo e Lilacs. Foram encontrados 2.093 artigos, dos quais 10 foram utilizados para embasamento teórico deste trabalho, todos com data de publicação posterior a 2008. **Discussão:** A SM é uma patologia de difícil diagnóstico, pois seu quadro clínico é pouco específico. O diagnóstico pré-operatório da SM é essencial para

evitar lesões iatrogênicas da via biliar durante o tratamento intervencionista, entretanto, em menos de 50% dos casos o diagnóstico é feito previamente ao ato cirúrgico. As lesões iatrogênicas são comuns, pois o processo inflamatório das estruturas envolvidas leva a distorções da anatomia habitual e cria aderências dos órgãos adjacentes aos ductos biliares. Para minimizar a ocorrência dessas lesões é necessário não apenas o diagnóstico pré-cirúrgico, como também a escolha da melhor técnica operatória, definida de acordo com o tipo da doença. Na SM do tipo I é realizada a colecistectomia total ou subtotal por laparotomia ou videolaparoscopia. A via laparoscópica na SM é controversa, sendo restrita ao tipo I, em pacientes selecionados e por uma equipe altamente treinada. Já no tipo II faz-se colecistectomia total ou subtotal aberta e o remanescente da vesícula biliar é utilizado para cobrir o defeito. Por fim, nos tipos III e IV a correção é feita com desvio bilioentérico, por meio de uma hepaticojejunostomia em Y de Roux. Em todos os casos é aconselhável tentar realizar uma colecistectomia fundo-colo, entretanto, em caso de dificuldades devido à anatomia muito alterada, recomenda-se colecistectomia subtotal, extração de cálculos, com fechamento do remanescente da vesícula biliar e drenagem vizinha. Ademais, as terapias intervencionistas não cirúrgicas são uma opção e têm sido utilizadas com êxito por alguns profissionais, dentre elas, a retirada do cálculo impactado por visualização endoscópica ou litotripsia. Entretanto, ambos procedimentos possuem limitações: a endoscopia tem sua restrição técnica pela região de alcance do duodenoscópio ou colonoscópio e a litotripsia encontra dificuldade quando se tem a interposição de alças intestinais, dificultando a visualização da região obstruída pelo ultrassom. Por fim, a diminuição da qualidade de vida e o aumento da taxa de mortalidade estão relacionados com as complicações inerentes ao ato cirúrgico, por lesões iatrogênicas ou pelo diagnóstico e tratamento incorretos. São comuns a infecção do sítio cirúrgico, as fístulas e as estenoses biliares. Sendo assim, é fundamental conhecer a síndrome, bem como sua conduta terapêutica, para evitar que o paciente desenvolva alguma das complicações e para que ele melhore seu prognóstico. Conclusão: Portanto, o tratamento cirúrgico da Síndrome de Mirizzi requer habilidade e amplos conhecimentos das relações anatômicas na dissecação da via biliar para realizar a colecistectomia de modo seguro, evitando-se iatrogenia e complicações.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi, coledocolitíase, litíase biliar, complicações.

ABSTRACT

Introduction: The Mirizzi Syndrome (MS), described by Pablo Mirizzi in 1948, is an example of a disorder that affects the biliary tract. It consists of obstruction of the common hepatic duct or the choledochal duct triggered by extrinsic occlusion by an impacted calculus in the infundibulum or cystic duct, and is a rare complication of biliary lithiasis. Risk factors for the occurrence of gallstones are also associated with a higher incidence of MetS: advanced age, oral contraceptives, abrupt weight loss. It presents with extremely variable symptoms, ranging from asymptomatic presentations to jaundice, fever, and pain in the right hypochondrium. Approximately one third of patients present with acute cholecystitis at the diagnosis of MS, and rarely with acute pancreatitis. Laboratory alterations such as elevated serum alkaline phosphatase and bilirubin may be seen, and in patients with an association of acute cholecystitis, cholangitis or pancreatitis, there may be leukocytosis. Csendes established the classification of Mirizzi Syndrome into four types depending on the presence and extent of the cholecystobiliary fistula. Type I refers to external compression of the common hepatic duct, without the development of a fistula. Type II represents a cholecystobiliary fistula, which involves less than 1/3 of the circumference of the common bile duct. Type III is related to cholecystobiliary fistula, with more than 2/3 of the circumference diameter of the common hepatic duct. Type IV is

defined when there is complete destruction of the wall of the common bile duct. And finally, type V represents any of the previous types, associated with cholecystoenteric fistula, being classified Va when there is no biliary ileus and Vb in the presence of biliary ileus. It is extremely important to make a preoperative diagnosis for the safe planning of surgery, however, approximately 0.05 to 4% of diagnoses are made during cholecystectomy in patients with cholelithiasis. One can use ultrasonography (US), which usually reveals gallstones and a contracted gallbladder, however, the diagnosis of this syndrome is made difficult due to the proximity of the cystic and common bile duct. Abdominal computed tomography (CT), on the other hand, is able to determine malignancy, but the sensitivity for the diagnosis of MS is 42%. Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRI) is a method with higher sensitivity for the evaluation of MetS, besides allowing the determination of the extent of pericolecystic inflammation and helping in the differential diagnosis of this syndrome. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) can be used to confirm the diagnosis of Mirizzi syndrome and to determine whether a cholecystobiliary fistula is present. When ERCP fails or the patient is unable to undergo ERCP, percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) is performed. In addition, ERCP and sphincterotomy allow biliary decompression by internal stenting in patients with obstructive jaundice or cholangitis. The treatment is surgical and aims to change the precipitating factors of the syndrome: gallbladder inflammation and impacted calculus. This article aims to discuss the main aspects related to the surgical treatment of Mirizzi Syndrome and to establish the treatment according to the classification of the patient's disease. Methods: An integrative review of the current literature was carried out using the descriptors "gallstones x Mirizzi syndrome" and "surgical treatment x Mirizzi syndrome" from the Pubmed, Scielo and Lilacs databases. A total of 2,093 articles were found, 10 of which were used as the theoretical basis of this study, all published after 2008. Discussion: MS is a pathology of difficult diagnosis because its clinical picture is not very specific. The preoperative diagnosis of MS is essential to avoid iatrogenic lesions of the biliary tract during interventional treatment, however, in less than 50% of cases the diagnosis is made prior to surgery. Iatrogenic lesions are common because the inflammatory process of the structures involved leads to distortion of the usual anatomy and creates adhesions of the organs adjacent to the bile ducts. To minimize the occurrence of these lesions it is necessary not only the pre-surgical diagnosis, but also the choice of the best operative technique, defined according to the type of disease. In type I MS, total or subtotal cholecystectomy is performed by laparotomy or laparoscopy. The laparoscopic route in MetS is controversial, being restricted to type I in selected patients and by a highly trained team. In type II, total or subtotal open cholecystectomy is performed, and the remaining gallbladder is used to cover the defect. Finally, in types III and IV the correction is done with bilienteric detour, through a Roux-en-Y hepaticojejunostomy. In all cases it is advisable to try to perform a fundocolumn cholecystectomy, however, in case of difficulties due to the very altered anatomy, subtotal cholecystectomy, stone extraction, with closure of the remaining gallbladder and neighboring drainage is recommended. In addition, non-surgical interventional therapies are an option and have been used successfully by some practitioners, including removal of the impacted stone by endoscopic visualization or lithotripsy. However, both procedures have limitations: endoscopy is technically restricted by the reach of the duodenoscope or colonoscope, and lithotripsy has difficulties when intestinal loops are interposed, making it difficult to visualize the obstructed region using ultrasound. Finally, decreased quality of life

and increased mortality rates are related to complications inherent to the surgical act, by iatrogenic lesions or by incorrect diagnosis and treatment. Surgical site infection, fistulas, and biliary stenosis are common. Thus, it is essential to know the syndrome, as well as its therapeutic management, to prevent the patient from developing any of the complications and to improve the prognosis. Conclusion: Therefore, surgical treatment of Mirizzi Syndrome requires skill and extensive knowledge of anatomical relations in the dissection of the biliary tract to perform cholecystectomy safely, avoiding iatrogenesis and complications.

Keywords: Mirizzi syndrome, choledocholithiasis, gallstones, complications.

1 INTRODUÇÃO

A via biliar pode sofrer alterações patológicas ao longo de seu trajeto, a Síndrome de Mirizzi (SM), descrita por Pablo Mirizzi, em 1948, é um exemplo de desordem que acomete essa topografia. Essa síndrome consiste na obstrução do ducto hepático comum ou do ducto colédoco desencadeada pela oclusão extrínseca por cálculo impactado no infundíbulo ou no ducto cístico, é uma complicação rara da litíase biliar^{1,2}. Essa patologia afeta principalmente mulheres, uma vez que este sexo apresenta maior incidência de cálculos biliares. Fatores de risco para a ocorrência de litíase biliar também estão associados à maior incidência de SM, desse modo, obesidade, idade avançada, anticoncepcionais orais, perdas abruptas de peso e jejum prolongado também oferecem risco maior de ocorrência dessa afecção¹.

As manifestações clínicas da SM são muito inespecíficas e não há um sinal patognomônico que aponte a sua existência. Sendo assim, apresenta sintomatologia extremamente variável, de modo que seus portadores podem apresentar-se assintomáticos, ou cursar com icterícia, febre e dor em hipocôndrio direito^{1,2}. A dor é a manifestação mais comum, seguida de icterícia e de sinais de colangite. Aproximadamente um terço dos pacientes apresentam colecistite aguda ao diagnóstico da SM, e, raramente, pancreatite aguda³. Durante essa síndrome, pode-se verificar alterações laboratoriais como elevação sérica de fosfatase alcalina e de bilirrubina, e em pacientes com associação de colecistite aguda, colangite ou pancreatite, pode haver leucocitose⁴.

Csendes estabeleceu a classificação da Síndrome de Mirizzi em quatro tipos a depender da presença e da extensão da fístula colecistobiliar. O tipo I refere-se à compressão externa do ducto hepático comum, sem o desenvolvimento de fístula. Já o tipo II representa uma fístula colecistobiliar, a qual envolve menos de um terço da circunferência do ducto biliar comum. O tipo III está relacionado a fístula colecistobiliar com mais de 2/3 do diâmetro da circunferência do ducto hepático comum. O tipo IV é definido quando há destruição completa da parede do

ducto biliar comum^{3,4}. E, por fim, o tipo V representa qualquer dos tipos anteriores, associados à fístula colecistoentérica, sendo classificado Va quando não há íleo biliar e Vb na presença de íleo biliar⁴.

Pacientes com dor no quadrante superior direito, icterícia e febre, devem ser investigados para SM¹. É de extrema importância que se faça o diagnóstico pré-operatório para o planejamento seguro da cirurgia, entretanto, aproximadamente 0.05 a 4% dos diagnósticos são realizados durante a colecistectomia em pacientes portadores de colelitíase^{3,4}. Para a elucidação diagnóstica da SM, é imprescindível a utilização de exames de imagem. Pode-se utilizar a ultrassonografia (US), a qual geralmente revela cálculos biliares e uma vesícula biliar contraída. Entretanto, o diagnóstico dessa síndrome é dificultado devido à proximidade do cístico e do ducto biliar comum, desse modo, a sensibilidade da US é em torno de 23 a 46%. Já a Tomografia Computadorizada (TC) abdominal é capaz de determinar malignidade, contudo, a sensibilidade para o diagnóstico de SM é de 42%. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) é um método com maior sensibilidade para avaliação da SM, além de possibilitar a determinação da extensão da inflamação pericolecística e de auxiliar no diagnóstico diferencial desta síndrome^{1,4,5,6}.

Outrossim, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) pode ser utilizada para confirmar o diagnóstico de síndrome de Mirizzi e determinar se há fístula colecistobiliar. Quando há falha da CPRE ou quando o paciente não pode realizá-la, procede-se com a colangiografia trans-hepática percutânea (CPT). Além disso, a CPRE e a esfínterectomia possibilitam a descompressão biliar por implante de stent interno em pacientes com icterícia obstrutiva ou colangite. Ressalta-se ainda que os exames descritos anteriormente, possuem grande relevância no diagnóstico diferencial dessa síndrome, a citar os principais: coledocolitíase, e colecistite aguda^{1,4,5,6}.

O tratamento da SM é cirúrgico e visa alterar os fatores precipitantes da síndrome: a inflamação da vesícula biliar e o cálculo impactado. A abordagem cirúrgica escolhida é baseada na presença e no tipo de fístula colecistobiliar^{3,5,6}. Assim, este artigo visa discorrer acerca dos principais aspectos relacionados ao tratamento cirúrgico da Síndrome de Mirizzi e estabelecer o tratamento de acordo com a classificação da doença do paciente.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as complicações da litíase biliar, com enfoque na síndrome de Mirizzi, sua ocorrência, diagnóstico e tratamento. A partir da escolha da temática de relevância, o trabalho foi composto pelas seguintes etapas: seleção das

bases de dados com impacto acadêmico-científico e seleção dos descritores em saúde, utilizados para filtrar os dados; elaboração dos critérios de inclusão de exclusão de artigos e seleção dos estudos que apresentavam-se de acordo com esses critérios; organização dos itens selecionados e, por fim, apresentação e análise dos dados obtidos.

Após a definição estratégica, foram escolhidos os descritores, de acordo com os dados do portal de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores “Cálculos biliares”, “Síndrome de Mirizzi” e “Surgical treatment and Mirizzi syndrome” foram cruzados nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). No Pubmed, foram encontrados, respectivamente, 68, 68 e 403 resultados. Na Scielo, foram encontrados 07, 35 e 3 estudos, respectivamente. Já na Lilacs, para os mesmos descritores, 58, 1441 e 10 artigos foram encontrados.

Após a busca nas bases de dados, foi realizada a leitura dos títulos e foi feita a verificação da data de publicação de todos os artigos encontrados. Aqueles que não abordavam o assunto ou artigos com data de publicação anterior a 2008 foram excluídos. Em seguida, os artigos pré selecionados tiveram avaliação de seus resumos, sendo excluídos aqueles com metodologia pouco esclarecida e aqueles disponibilizados apenas nesta versão, sem o artigo completo. Por fim, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores e aqueles com temática relevante, metodologia confiável e com abordagem relacionada à temática deste estudo foram incluídos.

Sendo assim, após a realização da análise criteriosa descrita, foram selecionadas 10 referências compostas por ensaios clínicos de coorte e caso controle, relatos de casos, revisões sistemáticas da literatura e metanálises.

3 DISCUSSÃO

Síndrome de Mirizzi é uma patologia de difícil diagnóstico, pois seu quadro clínico é pouco específico. De acordo com Fonseca Neto et al (2008), o diagnóstico pré-operatório da SM é essencial para evitar lesões iatrogênicas da via biliar durante o tratamento intervencionista, entretanto, em menos de 50% dos casos o diagnóstico é feito previamente ao ato cirúrgico⁷.

Para Lacerda et al (2014), as lesões iatrogênicas são comuns, pois o processo inflamatório das estruturas envolvidas leva a distorções da anatomia habitual e cria aderências dos órgãos adjacentes aos ductos biliares. Para minimizar a ocorrência dessas lesões, é

necessário não apenas o diagnóstico pré-cirúrgico como também a escolha da melhor técnica operatória, definida de acordo com o tipo da doença⁸.

Na SM do tipo I, segundo Gil et al (2016), é realizada a colecistectomia total ou subtotal por laparotomia ou videolaparoscopia. A colecistectomia laparoscópica tornou-se o padrão-ouro para o tratamento da litíase biliar, entretanto, sua utilidade na SM é controversa, sendo restrita ao tipo I, em pacientes selecionados e por uma equipe altamente treinada⁹.

Já no tipo II, faz-se colecistectomia total ou subtotal aberta e o remanescente da vesícula biliar é utilizado para cobrir o defeito. O dreno de Kehr é introduzido no ducto hepático comum acima do sítio de reparo para auxiliar na drenagem biliar. Por fim, nos tipos III e IV a correção é feita com desvio bilioentérico, por meio de uma hepaticojejunostomia em Y de Roux. A hepaticojejunostomia é importante quando há desvitalização tecidual da parede da vesícula por compressão e comprometimento dos vasos. A viabilidade da anastomose é garantida pela reperfusão retrógrada do ducto hepático proximal e pelos vasos jejunais da alça em Y de Roux⁹.

Em todos os casos, para Gil (2016), é aconselhável tentar realizar uma colecistectomia fundo-colo, entretanto, em caso de dificuldades devido à anatomia muito alterada, recomenda-se colecistectomia subtotal, extração de cálculos, com fechamento do remanescente da vesícula biliar e drenagem vizinha. A dissecação excessiva ao redor do processo inflamatório denso no triângulo de Calot pode comprometer ainda mais a vascularização da parede biliar e aumentar o tamanho da fístula colecistobiliar; por isso deve ser evitada. A maioria dos envolvimento inflamatórios na vizinhança retorna à anatomia normal quando o processo causal e a drenagem adequada são alcançados⁸.

Em se tratando de seguimento cirúrgico, o exame anatomopatológico é recomendado em todas as abordagens, mas não é bem estabelecida a associação entre SM e neoplasia de vesícula biliar. Segundo Reverdito et al (2016), alguns estudos apontam incidência de até 5,3%, mas séries com maior número de pacientes não trazem nenhum relato de câncer associado¹⁰.

Ademais, para Faria et al (2019), as terapias intervencionistas não cirúrgicas são uma opção e têm sido utilizadas com êxito por alguns profissionais, dentre elas, a retirada do cálculo impactado por visualização endoscópica ou litotripsia. Entretanto, ambos procedimentos possuem limitações: a endoscopia tem sua restrição técnica pela região de alcance do duodenoscópio ou colonoscópio e a litotripsia encontra dificuldade quando se tem a interposição de alças intestinais, dificultando a visualização da região obstruída pelo ultrassom, inviabilizando a litotripsia extracorpórea³.

Por fim, a diminuição da qualidade de vida e o aumento da taxa de mortalidade estão relacionados com as complicações inerentes ao ato cirúrgico, por lesões iatrogênicas ou pelo

diagnóstico e tratamento incorretos. São comuns a infecção do sítio cirúrgico, as fístulas e as estenoses biliares. Sendo assim, é fundamental conhecer a síndrome, bem como sua conduta terapêutica, para evitar que o paciente desenvolva alguma das complicações e para que ele melhore seu prognóstico¹⁰.

4 CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico da Síndrome de Mirizzi requer habilidade e amplos conhecimentos das relações anatômicas na dissecação da via biliar para realizar a colecistectomia. Esse fato é essencial para a análise segura dos ductos biliares e da vesícula biliar, assim como para a retirada de cálculos impactados, evitando qualquer iatrogenia e complicações.

Por ser uma complicação rara da litíase biliar, muitos cirurgiões, principalmente os inexperientes, têm dificuldade em realizar seu diagnóstico e terapêutica corretos. Sendo assim, é imprescindível que haja um treinamento nos serviços de saúde para que os profissionais consigam dominar a propedêutica da SM e as técnicas cirúrgicas. Ademais, mais estudos sobre o assunto, preferencialmente multicêntricos, são necessários para elucidar fatos ainda obscuros sobre essa patologia.

REFERÊNCIAS

1. Umashanker R, Smink D. Mirizzi syndrome. In: Grover S, Chen W, ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2022. https://www.uptodate.com/contents/mirizzi-syndrome?search=s%C3%ADndrome%20de%20mirizzi&source=search_result&selectedTitle=1~17&usage_type=default&display_rank=1. Accessed September, 25, 2022.
2. Santos DR. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SERGIPE [Trabalho de conclusão de curso]. Aracaju: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Sergipe; 2017. 39 p. Bacharelado em Medicina.
3. Faria NMTG, Martins NG, Haine M, Do Rego MRN, Vieira MAC. SÍNDROME DE MIRIZZI: REVISÃO E ABORDAGEM. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*. 2019; 2(3):31-39.
4. Quesada MC, Castaño DM, Guerrero AN. Síndrome de Mirizzi. *Revista Médica Sinergia*. 2020;5(6).
5. Beltrán MA. Mirizzi syndrome: History, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World J Gastroenterol*. 2012; 18(34): 4639-4650.
6. Sabando MMM, Vera NCM, Vera YAM, Godoy MFB. Síndrome de Mirizzi. *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*. 2022; 6(1): 87-95
7. Fonseca-Neto OCLD, Pedrosa MDGL, Miranda AL. Manejo cirúrgico da síndrome de Mirizzi. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2008; 21, 51-54.
8. Lacerda PDS, Ruiz MR, Melo A, Guimarães LS, Silva-Júnior RAD, Nakajima GS. Síndrome de Mirizzi: um grande desafio cirúrgico. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2014; 27, 226-227.
9. Gil JMG. El síndrome de Mirizzi, un desafío para el cirujano. *Revista Cubana de Cirugía*. 2016; 55(2), 151-163.
10. Reverdito R, Moricz AD, Campos TD, Pacheco Júnior AM, Silva RA. Síndrome de Mirizzi graus III e IV: tratamento cirúrgico. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2016; 43, 243-247.