

Síndrome de Bouveret. A propósito de un caso *Bouveret syndrome. A case report*

Martín Salvatierra, Gonzalo Perrone, Néstor Campos

Servicio De Cirugía
General Mixta, Hospital
J. B. Iturraspe. Santa Fe,
Argentina

E-mail:
Martín Salvatierra:
msalva79@hotmail.com

Se presenta una paciente de 72 años, con 7 días de evolución de dolor epigástrico tipo cólico, vómitos intermitentes sin bilis, reconociendo alimentos. Tiene antecedentes de litiasis vesicular con sufrimiento crónico. Se constata dolor en hipocondrio derecho, y epigastrio, bazuqueo y clapoteo; por sonda nasogástrica se obtienen 900 mL de contenido gástrico sin bilis. La ecografía revela litiasis vesicular y estómago distendido. La radiografía de abdomen no evidencia patología alguna. A las 24 horas continúa con retención gástrica.

Se indica una fibrogastroscopía de urgencia, que muestra estenosis gastroduodenal por un cálculo impactado en el bulbo duodenal (Fig. 1). Al resultar ineficaces las maniobras endoscópicas de extracción se realiza laparotomía de urgencia.

Exploración: estómago distendido. Cálculo impactado de 4 cm en región pospilórica. En segunda porción de duodeno se palpan cálculos de aproximadamente 2 cm. Vesícula escleroatráfica.

Se lleva el cálculo impactado hacia la luz gástrica. Por gastrostomía longitudinal en el antró (Fig. 2) se retira el cálculo. Otros cálculos se extraen con igual procedimiento.

Se palpan 2 litos de aproximadamente 1 cm y 3 cm en la primera asa ileal. Por enterotomía transversal antemesentérica se los extrae (Fig. 3). No se trata el polo biliar. Dada la buena evolución, se le otorga el alta a las 72 horas.

El íleo biliar causa el 1 al 3% de los casos de oclusión mecánica del intestino; la cifra asciende a 25% en pacientes mayores de 65 años¹. El síndrome de Bouveret representa el 5% de los casos de íleo biliar; son cálculos de gran tamaño que, por una fistula, emigran desde la vesícula o coledoco y se enclavan en el bulbo o la segunda porción duodenal. La fistula más frecuente es colecistoduodenal (60-70%), seguida por las colecistocísticas, colecistogástricas y coledocoduodenales. Este síndrome tiene relación mujer-hombre de 7 a 1, es más común en la sexta y la séptima década de la vida¹⁻³. El 60-80% de los pacientes tienen historia previa de patología biliar.

FIGURA 1



Fibrogastroscopía de urgencia: estenosis gastroduodenal por un cálculo impactado en bulbo duodenal

FIGURA 2

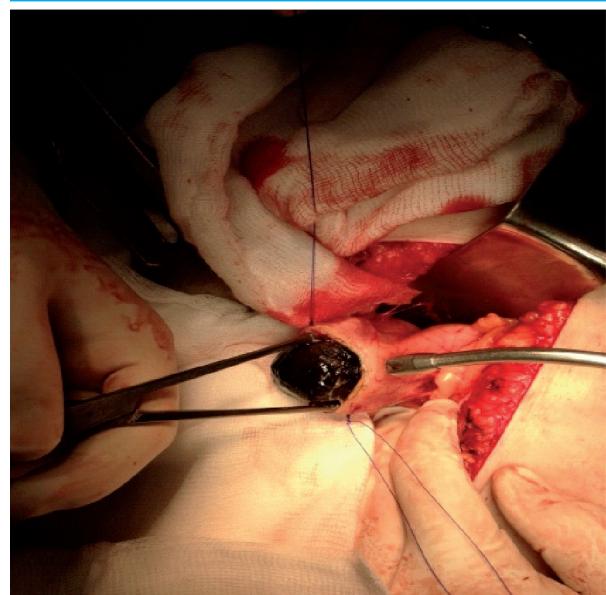


FIGURA 3



El diagnóstico clínico es difícil de realizar. Los dolores epigástricos e hipocondrio derecho y vómitos posprandiales son lo habitual (95%), el dolor cólico debido al peristaltismo de lucha. Las características del vómito dependerán de si la obstrucción es supravateriana o infravateriana, por causa de la bilis. La hemorragia digestiva alta puede presentarse como primera manifestación, observándose hematemesis o melena. Este sangrado es resultado de la instauración de la fistula o ulceración y erosión del canal pilórico y del duodeno producido por el cálculo. Las características radiológicas del síndrome de Bouveret son: aerobilia, imagen de cálculo, distensión gástrica y duodenal y niveles hidroáreos proximales a la obstrucción^{1,2}. Rigler describió los hallazgos radiológicos: neumobilia, obstrucción intestinal y cálculo biliar ectópico³. Dos de estos tres signos serían patognomónicos de íleo biliar, pero

se ven en menos del 21%. La ecografía da poca información: cálculos fuera de la vía biliar, aerobilia, dilatación gástrica, etc. La tomografía computarizada ayuda en todo cuadro agudo de abdomen y puede evidenciar una imagen compatible con una litiasis en el sector gastroduodenal, con un estómago francamente dilatado; raramente se visualiza una fistula. La colangiorresonancia, si las condiciones del paciente lo permiten, permite conocer la situación del árbol biliar.

El diagnóstico se obtiene con la endoscopia digestiva, una vez evacuado el estómago, mostrando la presencia del cálculo, pero muchas veces no permite el avance del endoscopio. En nuestro caso clínico ocurrió eso. Se puede utilizar como tratamiento para hacer la extracción por vía endoscóptica.

El éxito de estas maniobras depende del tamaño del cálculo (menor de 6 mm), de la fijación de este a la fistula y de las características del duodeno, además de la experiencia y habilidad del endoscopista³. El abordaje endoscópico debe ser considerado como la primera línea de tratamiento.

Sobre el tratamiento quirúrgico existe controversia en relación con efectuarlo en una sola etapa resolviendo en el mismo acto la obstrucción digestiva y la patología biliar, o por el contrario si se plantea la cirugía en dos tiempos. El tratamiento en dos tiempos se basa en que, en la intervención de urgencia, el paciente suele presentar malas condiciones generales para prolongar la operación y, por otro lado, no se considera necesario intervenir la fistula biliodigestiva dado que esta puede no producir síntomas o incluso cerrarse espontáneamente. En cambio, el tratamiento en un solo tiempo se sustenta en que la permanencia de la fistula biliodigestiva abierta facilita el desarrollo de cuadros de dispepsia biliar, colangitis, instauración de íleo biliar recurrente y una mayor incidencia de malignización vesicular.

La mortalidad quirúrgica es elevada por las comorbilidades de estos pacientes añosos y varía de 4,5 a 25% en algunas series, cuando son mayores de 65 años³.

Referencias bibliográficas

- Negi RS, Chandra M, Kapur R. Bouveret syndrome: Primary demonstration of cholecystoduodenal fistula on MR and MRCP study. Indian J Radiol Imaging. 2015;25(1):31-4.
- Algin O, Ozmen E, Metin MR, Ersoy PE, Karaoglu M. Bouveret syndrome: evaluation with multidetector computed tomography and contrast-enhanced magnetic resonance cholangiopancreatography. Ulus Trauma Acil Cerrahi Derg. 2013;19(4):375-9.
- Kalwaniya DS, Arya SV, Guha S, Kuppuswamy M, Chaggard JG, Ralte L, et al. A rare presentation of gastric outlet obstruction (GOO) - The Bouveret's syndrome. Ann Med Surg (Lond). 2015;4(1):67-71.