CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):946

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-778 - SÍNDROME DE BOUVERET: UNA CAUSA INFRECUENTE DE PERFORACIÓN DUODENAL

Jiménez Fuertes, Montiel[1]; Moreno Posadas, Ana[1]; Manso Abajo, Belén[1]; Alías Jiménez, David[1]; Ruiz Tovar, Jaime[1]; García Muñoz-Nájar, Alejandro[1]; Durán Poveda, Manuel[1]; García Olmo, Damián[2]

[1]Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles; [2]Hospital Universitario Fundación Jiménez-Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret fue descrito inicialmente en 1896 por Leon Bouveret. Desde entonces se han descrito menos de 300 casos en la literatura. La fisiopatología consiste en el paso de una colelitiasis a través de una fístula colecistoduodenal a la luz duodenal, causando una obstrucción del mismo. Los síntomas habituales incluyen dolor abdominal, náuseas y vómitos. La tríada de Rigle fue descrita para caracterizar el síndrome, e incluye neumobilia, obstrucción y litiasis ectópica, si bien la tríada completa está presente sólo en un tercio de los casos. De forma menos frecuente puede asociarse a perforación duodenal hacia peritoneo o hacia retroperitoneo.

Caso clínico: Mujer de 76 años que consulta por dolor abdominal de varios días de evolución. Como antecedentes de interés presentaba obesidad mórbida, cardiopatía hipertensiva, hipertensión arterial, asma, colelitiasis conocida y carcinoma papilar urotelial tratado. Analíticamente destacaba hiperamilasemia e hiperlipasemia, por lo que fue ingresada por el servicio de medicina interna con el diagnóstico de pancreatitis aguda. A las 24 horas, y ante el empeoramiento progresivo de la paciente, se realizó radiografía simple de abdomen, que confirmó la presencia del signo de Balthazar (dos niveles hidroaéreos adyacentes en el hipocondrio derecho, el más medial correspondiente al aire en el bulbo duodenal y el más lateral en el interior de la vesícula), tras lo que se realizó TAC abdominopélvico urgente, que mostró la existencia de una fístula colecistoduodenal, junto con perforación de la tercera porción duodenal secundaria a una voluminosa litiasis. Se realizó intervención quirúrgica urgente, evidenciando perforación de la 3ªy 4ª porción duodenal, con pancreatitis asociada secundaria. Se realizó extracción de la litiasis (3 litiasis) a través de la perforación junto con resección de la 3ª y 4ª porción duodenal con reconstrucción mediante anastomosis duodeno (2ª porción)-yeyunal. Tras ello, el postoperatorio transcurrió con normalidad. Como única incidencia presentó infección de herida quirúrgica que evolucionó satisfactoriamente mediante las curas con terapia VAC, con cierre completo por segunda intención.

Discusión: El síndrome de Bouveret es una de las manifestaciones del íleo biliar. De forma más frecuente, este sucede a nivel de íleon terminal (del 50-90% de los casos), manifestándose como una obstrucción intestinal. Menos común es su presentación como obstrucción proximal a nivel duodenal (20-40%). Normalmente afecta a pacientes mayores de 60 años, y es más frecuente en mujeres. Las fístulas colecistoentéricas son poco frecuentes (0,3-0,5% de los pacientes con colelitiasis), y la mayoría de los pacientes presentan litiasis pequeñas que se eliminan espontáneamente. Se debe intentar el tratamiento endoscópico como primera elección, excepto como en casos asociados a

perforación duodenal en los que la endoscopia estaría contraindicada, como en el caso que hemos presentado. Existe controversia en cuanto a tratamiento de la vesícula durante la cirugía inicial, ya que el objetivo de esta debe ser la liberación de la obstrucción, más aún cuando existe evidencia en la literatura de cierre de la fístula tras la eliminación de la obstrucción.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados