CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):1210

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-675 - SÍNDROME DE BOUVERET: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ÍLEO BILIAR

Sánchez Gollarte, Ana; Furtado Duarte Lobo Gonçalves, Isabel María; Mínguez García, Javier; Ovejero Merino, Enrique; Jiménez Álvarez, Laura; Mendoza Moreno, Fernando; Lasa Unzue, Inmaculada; Gutiérrez Calvo, Alberto José

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Introducción: El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica, producida habitualmente por la impactación de un cálculo en el íleon tras su paso a través de una fístula bilioentérica. Sin embargo, la impactación de la litiasis puede producirse en cualquier punto del tubo digestivo y condicionar una obstrucción intestinal alta como sucede en el síndrome de Bouveret.

Caso clínico: Paciente varón de 66 años con antecedentes de fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2 y colecistitis aguda tratada de forma conservadora, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 48 horas de evolución. La exploración abdominal mostró un abdomen distendido con dolor y defensa en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal. La analítica sanguínea únicamente mostró leves alteraciones secundarias a la deshidratación secundaria a los vómitos. La radiografía de abdomen reveló la presencia de una litiasis impactada probablemente a nivel del píloro o del bulbo duodenal. El TAC mostró una importante dilatación gástrica secundaria a la obstrucción causada por la litiasis. La extracción endoscópica fue inefectiva, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. Por vía laparoscópica a través de 4 puertos, se realizó una gastrotomía con extracción de la litiasis y cierre posterior de la misma. El paciente inició la tolerancia oral 24 horas después y fue dado de alta al 4º día postoperatorio.

Discusión: El síndrome de Bouveret es una forma infrecuente de íleo biliar. Se produce por el paso de una litiasis biliar al tubo digestivo a través de una fístula colecistoduodenal, habitualmente secundaria a una colecistitis previa, y su consiguiente impactación a nivel del píloro o del bulbo duodenal. Clínicamente, se caracteriza por dolor, distensión abdominal, náuseas y vómitos secundarios a la obstrucción gástrica. En las pruebas de imagen se puede objetivar la existencia de una litiasis ectópica acompañada o no de neumobilia. La conjunción de estos tres factores (sintomatología obstructiva, litiasis ectópica y neumobilia) se conoce como triada de Rigler. La importancia de esta entidad radica en la dificultad para su diagnóstico preoperatorio en el Servicio de Urgencias. Debe sospecharse en pacientes con clínica de obstrucción intestinal e historia de colelitiasis y/o colecistitis. El tratamiento puede realizarse mediante extracción endoscópica, pero, en caso de fracaso, la gastrotomía laparoscópica es una buena opción terapéutica.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados