CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):463

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-216 - SÍNDROME DE BOUVERET. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Bazán Hinojo, María del Carmen; Roldán Ortiz, Susana; Bengoechea Trujillo, Ander; Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, Daniel; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret es la variedad menos frecuente de íleo biliar (1 al 3%) y se caracteriza por obstrucción al vaciamiento gástrico como consecuencia de impactación de cálculo biliar en píloro y bulbo duodenal.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 86 años con antecedentes de DM, obesidad y colelitiasis. Acude a S. Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho y vómitos. En exploración abdomen doloroso en hipocondrio derecho. Se realiza Tc abdominal que confirma fístula colecistoduodenal y litiasis en segunda porción duodenal. Se realiza EDA diagnóstico-terapéutica con extracción del cálculo. Evolución favorable. Caso 2: mujer de 75 años con antecedentes de DM, obesidad mórbida y colelitiasis. Acude a S. Urgencias por dolor abdominal de tres días de evolución y vómitos. En exploración abdomen doloroso en hipocondrio derecho, con timpanismo y distensión. Se realiza ecografía y Tc abdominal con aerobilia, vesícula que impronta en duodeno y provoca estómago de retención. Se realiza EDA demostrando litiasis en primera porción duodenal y trayecto fistuloso, no siendo terapéutica. Se realiza intervención quirúrgica evidenciando fístula colecisto-duodenal y cálculo que provoca obstrucción gástrica. Se realiza colecistectomía y reparación de fístula. En postoperatorio inmediato sufre TEP masivo y exitus. Caso 3: mujer de 31 años con antecedentes de colelitiasis, acude a S. Urgencias por epigastralgia de 10 días de evolución y vómitos de repetición. En exploración presenta deshidratación, abdomen doloroso en epigastrio. Ecografía con aerobilia, signos sugestivos de colecistitis aguda y estómago de retención con cálculo impactado en duodeno. Se realiza intervención quirúrgica evidenciando fístula colecisto-duodenal y cálculo que provoca obstrucción gástrica. Se realiza gastrostomía y extracción de litiasis. Evolución favorable.

Discusión: El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Bartholin, y en 1896 Bouveret describió el síndrome de obstrucción gastroduodenal tras impactación de un cálculo en dicha región por fístula colecistoduodenal. Es una variedad rara e infrecuente más frecuente en mayores de 65 años, con comorbilidades asociadas y patología biliar previa. El cuadro clínico simula la estenosis pilórica, se caracteriza por intolerancia oral, dolor abdominal y vómitos, sin distensión abdominal. En ocasiones, se manifiesta como sangrado digestivo por hemorragia digestiva y un tercio muestran ictericia. Es importante diagnóstico de sospecha y diagnóstico diferencial con cuerpos extraños, tumoraciones benignas y malignas. En diagnóstico debe ser tanto radiológico como endoscópico. En el tratamiento se intenta manejo conservador mediante EDA y si no es posible, manejo quirúrgico existiendo controversia si en uno o dos tiempos. En la mayor revisión bibliográfica realizada por Reisner y Cohen describen mortalidad del 17% en procedimiento en un tiempo frente 11,7% en pacientes donde no se manipuló vesícula ni fístula biliodigestiva.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados