



www.elsevier.es/cirugia

P-590 - Síndrome de Bouveret: una causa infrecuente de obstrucción intestinal alta

Martín Orta, Eva; Gil Alonso, Laura; Cano Matías, Auxiliadora; Pérez Huertas, Rosario; Oliva Mompeán, Fernando; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret es una forma infrecuente de íleo biliar, producido por la impactación de un cálculo a nivel duodenal, el cual migra a través de una fistula biliobiliar, impidiendo el vaciamiento gástrico. Es más frecuente en mujeres y en pacientes ancianos, con una edad media de presentación de 71 años. La clínica consiste en una obstrucción intestinal alta, con distensión gástrica aguda que mejora con el vómito y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho. En la radiografía simple de abdomen es característica la aparición de la tríada de Rigler (30-35%): pneumobilia, obstrucción intestinal y cálculos en localización ectópica. Puede resultar útil la ecografía, requiriéndose en última instancia la realización de TAC abdominal, con una sensibilidad y especificidad superiores al 90%. La endoscopia tiene un papel diagnóstico y terapéutico, aunque la desimpactación se consigue en un 10% de los pacientes. El 91% de los pacientes acabará requiriendo una intervención quirúrgica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 60 años sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, que se asocia a náuseas y vómitos. Niega alteraciones del hábito intestinal, fiebre ni otra sintomatología asociada. A la exploración el abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho con Murphy positivo. En la analítica destaca una leucocitosis de 12.500 con PCR en 22, elevación de bilirrubina y transaminasas. Se realiza TAC de abdomen, objetivándose comunicación directa y amplia entre la vesícula biliar y el duodeno proximal, con imagen de contenido compacto de baja densidad a esa altura de 28 × 20 mm. Así como presencia de gas intravesicular y a nivel de la vía biliar intra y extrahepática. Tras administrar gastrografín vía oral a la paciente, se realiza una radiografía de abdomen visualizándose un estómago péndulo con retención de contraste. Ante la sospecha de síndrome de Bouveret con obstrucción duodenal secundaria a cálculo indicamos cirugía urgente, realizándose pilorotomía y extracción del mismo.

Discusión: La fistula biliobiliar aparece en menos del 1% de los pacientes con colelitiasis. El 60% son colecistoduodenales, colecistocísticas (17%), colecistogástricas (5%) y coledocoduodenales (5%). Las opciones terapéuticas incluyen la desimpactación endoscópica, la cirugía abierta y la laparoscopia. El éxito de la endoscopia en algunas series es inferior al 10%, aunque presenta la ventaja de ser una técnica poco invasiva. Está indicada la cirugía en caso de litiasis superior a 2,5 cm, cálculos residuales en la vesícula, cálculos duodenales múltiples, perforación y fallo del tratamiento endoscópico. Si es posible, el cálculo debe desplazarse hacia estómago o hacia intestino delgado, extrayéndolo tras realizar una gastrotomía o enterotomía. La gran controversia surge de la duda de cuándo realizar la colecistectomía y reparación de la fistula. La asociación de este procedimiento supone un aumento de la morbilidad y mortalidad. Esto, unido a

que en algunas series los pacientes permanecen asintomáticos tras la extracción del cálculo, hacen plantearse a los autores la necesidad de realizar esta cirugía.