



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-125 - EL PAPEL DEL CIRUJANO DE GUARDIA EN EL SÍNDROME DE BOUVERET, MENOS ES MÁS.

Lavín Montoro, Lucía¹; Pérez Zapata, Ana Isabel²; Labalde Martínez, María¹; Chitty Nieto, Madeleine¹; Crespo Álvarez, Marco Antonio¹; Otero Torrón, Blanca¹; Orellana León, María¹; Ferrero Herrero, Eduardo¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret es una forma inusual de íleo biliar. Etiológicamente se produce por la impactación en el píloro o duodeno de un cálculo biliar de gran tamaño migrado a través de una fístula colecistoduodenal. Es típico de mujeres de 70 años con antecedentes de litiasis biliar. Clínicamente suele cursar con dolor epigástrico y vómitos. El diagnóstico definitivo es radiológico, siendo el TAC abdominopélvico la prueba de elección. La presencia de signos de obstrucción intestinal, neumobilia y un cálculo biliar ectópico son característicos. El tratamiento quirúrgico mediante la extracción de la litiasis permite solventar la obstrucción; la colecistectomía y reparación de la fístula biliodigestiva generalmente se reserva para un segundo tiempo quirúrgico al asociarse a menores tasas de morbilidad.

Caso clínico: Paciente de 79 años, incluido en lista de espera quirúrgica por posible neoplasia de vesícula biliar con fístula colecistoduodenal asociada. Acude al servicio de urgencias por vómitos incoercibles, dolor abdominal epigástrico y ausencia de tránsito gastrointestinal de 3 días de evolución. Analíticamente presentaba elevación de reactantes de fase aguda. Se solicita TAC abdominopélvico urgente objetivándose colelitiasis de gran tamaño (> 3 cm) alojada en bulbo duodenal que condicionaba una obstrucción mecánica con dilatación de antro, píloro y cámara gástrica. Dadas las dimensiones de la litiasis se descarta la posibilidad de su extracción endoscópica. Se decide intervención quirúrgica urgente. Mediante abordaje laparoscópico se evidencia una masa inflamatoria en primera porción duodenal compatible con el diagnóstico preoperatorio, se intuye cálculo biliar enclavado en bulbo duodenal que condiciona una gran dilatación antro pilórica y de primera porción duodenal. Se realiza pilorotomía completa y extracción de un cálculo de 4,5 × 3 × 3 cm. Dada la proximidad de la pilorotomía al área de la fístula y la gran dilatación anterógrada presente se decide cierre longitudinal de la pilorogastrotomía con sutura continua de vlock. Se comprueba estanqueidad con azul de metileno. Se desestima la realización de la colecistectomía y abordaje de la fístula biliodigestiva en el mismo acto quirúrgico. El posoperatorio transcurrió sin incidencias.

Discusión: El síndrome de Bouveret es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta. Su diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha y los hallazgos radiológicos son cruciales. En extraordinarias ocasiones puede resolverse endoscópicamente por el gran tamaño de la litiasis. El cirujano de guardia juega un papel fundamental en su tratamiento inicial mediante la extracción de la litiasis, siendo el abordaje laparoscópico de elección. En general, su tratamiento definitivo debe reservarse para un segundo tiempo quirúrgico al asociarse a menores tasas de morbilidad.