CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):636

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-263 - SEPSIS BILIAR SECUNDARIA A SÍNDROME DE BOUVERET

Flores Flores, Gustavo; Rojas Holguín, Adela; López Farias, Alberto; Pardo Ortiz, María; Sánchez Melo, María José; Fernández Balaguer, Pedro; Pey Camps, Albert; Celis Pinilla, Carlos Arturo

Hospital de Mérida, Mérida.

Resumen

Objetivos: Presentar dos casos clínicos, con síndrome de Bouveret y revisión del tema.

Casos clínicos: Caso clínico 1: se trata de un hombre de 83 años de edad que acude a urgencias por dolor abdominal ocasional de 6 meses de evolución que cedía con analgésicos, presentando agudización desde hace 72 horas, además refiere distensión abdominal importante, náuseas, vómitos, afebril, ictericia mucotegumentaria y anorexia, sin otra sintomatología acompañante. AP: HTA, dislipidemia, neoplasia de colon descendente, operado hace 8 meses de hemicolectomía izquierda, niega otras cirugías. A la exploración física abdomen globoso, distendido, epigastralgia, peristalsis presente, no visceromegalias, no irritación peritoneal. Realizamos: Rx. de abdomen objetivando gran distensión gástrica y sospechamos síndrome pilórico, posteriormente descompresión por SNG 1.400 cc. Caso clínico 2: paciente de 64 años de edad obeso, que refiere presentar dolor abdominal de 1 día de evolución, que cede con analgésicos, pero posterior a comida copiosa, el dolor es intenso, se acompaña de náuseas, vómitos y epigastralgia que se irradia a hipocondrio derecho, no fiebre, no otra sintomatología acompañante. A la exploración física abdomen globoso, distendido, epigastralgia, matidez a la percusión de epigastrio, peristalsis presente, no irritación peritoneal. AP: Obesidad, DM 2. Iqx: apendicectomía. Rx de abdomen: distensión gástrica leve. Resultados: Caso clínico 1. Resultados de analítica: hemograma normal, coagulación normal, BT 12, BD 11,59, PCR 29 resto normal. Se realiza ecografía posterior a descompresión gástrica, objetivando lesión en duodeno que no se visualiza de forma adecuada y se complementa el estudio con TAC abdominal que llega al diagnóstico de íleo biliar duodenal, neumobilia, con lito de 8 × 4 × 3 cm. Debido a lo anterior se decide realizar laparotomía y duodenotomía para extracción de cálculo con sutura primaria, con evolución satisfactoria. Caso clínico 2. Valoramos analítica: hemograma: hb 11,6, L 7.500, N83-L8%, coagulación normal, glucemia 184, creatinina 1,3, urea 62, BT 8,5, BD 7,23, PCR 10, resto normal. Se realiza ecografía en la que se observa lito en duodeno de dimensiones aproximadas 4,5 × 3,8 × 3 cm. Debido a lo anterior se decide realizar laparotomía y duodenotomía para extracción de cálculo con sutura primaria, con evolución satisfactoria.

Discusión: El síndrome de Bouveret es muy poco frecuente, representa el 3% de la patología biliar. La clínica de náuseas, vómitos, dolor abdominal, distensión abdominal, ictericia, saciedad temprana, anorexia y el bajar de peso, está determinada por una obstrucción gástrica secundaria a lito vesicular localizado en duodeno. El diagnóstico se basa en la clínica, con apoyo en paraclínicos

como: Rx de abdomen, ecografía y TAC abdominal, dónde se puede llegar a ver la tríada de Rigler. El tratamiento de primera elección es quirúrgico con muy buenos resultados, pero si el paciente no es candidato a cirugía existen otras terapias con menor efectividad como: resección vía endoscópica (efectividad 3%), lisis mediante láser (9%) o litotricia extracorpórea (5%).

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados