



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 ileo biliar duodenal, neumobilia, con lito de $8 \times 4 \times 3$ 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 $4,5 \times 3,8 \times 3$ 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, donde 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%).