



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-433 - SÍNDROME DE BOUVERET. A PROPÓSITO DE UN CASO

Davó Pérez, Cristina; Soliveres Soliveres, Edelmira; Morcillo Rodenas, Miguel Ángel; Moltó Aguado, Mario; Cases Baldó, María José; Curtis Martínez, Carolina; Rodríguez Cazalla, Lorena; Navalón Coronado, Juan Carlos

Hospital Vega Baja, San Bartolomé.

Resumen

Introducción: El íleo biliar y en particular, el síndrome de Bouveret es una causa poco frecuente de obstrucción mecánica del intestino delgado. Es consecuencia del paso de cálculos a través de una fístula bilioentérica en el contexto de una inflamación mantenida de la vesícula o tracto biliar. Es habitual en edades avanzadas con predominio del sexo femenino. En su tratamiento se consideran tres patologías: la colelitiasis, la fístula bilioentérica y, sobre todo, la obstrucción intestinal responsable del cuadro clínico caracterizado por vómitos y dolor abdominal. Por ello, la prioridad del tratamiento es eliminar el cálculo. Clásicamente, el manejo de elección es quirúrgico mediante enterotomía asociando colecistectomía y reparación de fístula en pacientes de bajo riesgo. Estos dos últimos procedimientos se posponen si el riesgo quirúrgico es alto y no hay cálculos residuales. Dado el incremento de la morbilidad que supone el manejo quirúrgico, en los últimos años se han impuesto las técnicas no invasivas con muy buenos resultados: extracción endoscópica o fragmentación del cálculo mediante litotricia extracorpórea con ondas de choque, hidráulica o láser-YAG. Presentación de un caso clínico y a propósito de este, revisión bibliográfica en Pubmed y Google Académico con estos términos: “Síndrome de Bouveret” y “obstrucción de salida gástrica por cálculo”.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 79 años sin antecedentes relevantes, que acude a nuestro centro con vómitos y un episodio de hematemesis asociado a dolor abdominal de 3 días de evolución. Ante sospecha de hemorragia digestiva alta, se realizó una gastroscopia que objetivó la presencia de un cálculo biliar en primera porción duodenal. Se intentó su fragmentación y se logró retirar a cavidad gástrica sin conseguir su extracción por resistencia al paso y sangrado. En el TC se confirmó la presencia de fístula bilioentérica con la triada de Rigler: neumobilia, obstrucción duodenal y cálculo ectópico (2,5 cm). A pesar de que la fragmentación no impresionó de efectiva, la paciente mejoró clínicamente y el control radiológico a las 24 h, evidenció progresión del cálculo, decidiendo manejo conservador con observación y control clínico-radiológico. A las 48 h, el cálculo progresó hasta íleon preterminal. Se inició tolerancia oral progresiva y presentó deposiciones abundantes, siendo dada de alta una semana después. Las revisiones sistemáticas más recientes, basadas en reportes y series de casos destacan el papel de las técnicas endoscópicas y percutáneas en la resolución de la obstrucción proximal. Si bien, su probabilidad de éxito viene determinada por el tamaño del cálculo: la técnica endoscópica resulta insuficiente con cálculos > 2,5 cm y las técnicas de fragmentación útiles en cálculos mayores pueden provocar una obstrucción distal. A pesar de los resultados prometedores, hasta un 40% de los casos precisarán cirugía.

TC ABDOMINO PELVICO CON CONTRASTE **A**

Portal CEV 1.25mm Soft

HOSPITAL VEGA BAJA

Se: 3

Im: 101/365

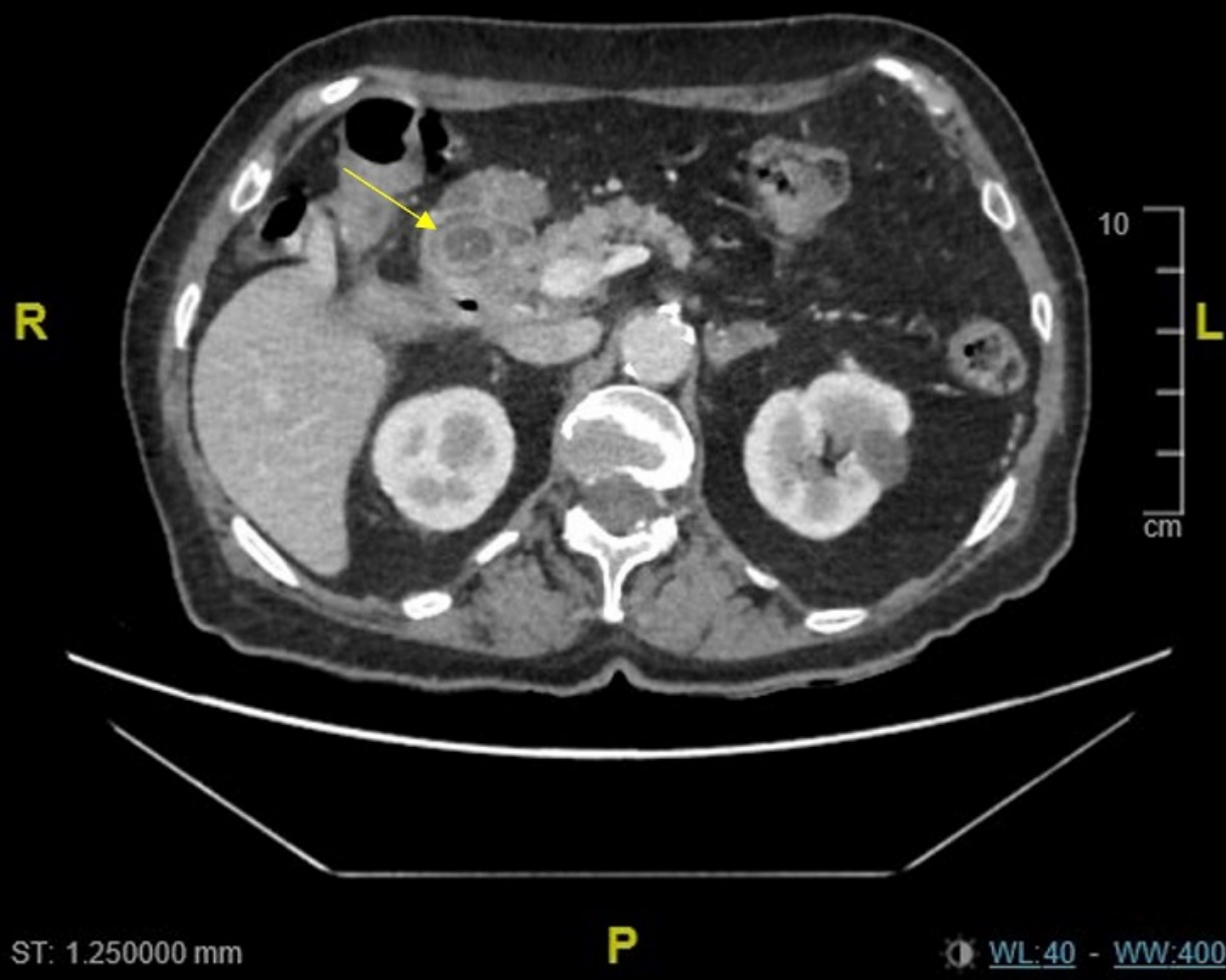


Figura 1. Se objetiva cálculo en primera porción de duodeno (Síndrome de Bouveret)

Discusión: El síndrome de Bouveret es una entidad infrecuente que afecta a pacientes mayores, a menudo con comorbilidades y riesgo quirúrgico elevado. Su diagnóstico requiere elevado índice de sospecha, siendo los vómitos el síntoma más característico. En pacientes de alto riesgo, estables hemodinámicamente, pueden plantearse técnicas no invasivas de extracción y/o fragmentación del cálculo, con resultados satisfactorios.