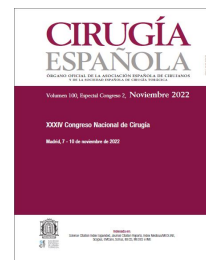




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-676 - LITOTRICIA ELECTROHIDRÁULICA ENDOSCÓPICA Y ENTEROLITOTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE BOUVERET

Núñez Núñez, Jordi; Payno Morant, Elena; Juez Sáez, Luz Divina; Riera González, Elisa; García Chiloeches, Alba; Pastor Peinado, Paula; Nuño Vázquez-Garza, Javier; Fernández Cebrián, Jose María

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret es una presentación infrecuente de íleo biliar, que se caracteriza por obstrucción del vaciamiento gástrico por impactación de una litiasis biliar en el píloro o en duodeno proximal a través de una fístula colecistoduodenal. Constituye el 2-3% de los íleos biliares, causantes del 1-4% de las obstrucciones intestinales. Es más prevalente en sexo femenino y en edades avanzadas, por lo que se asocia a una importante carga de morbilidad y mortalidad. La prueba diagnóstica de elección es la tomografía computarizada (TC).

Caso clínico: Mujer de 89 años con antecedentes de hernia de hiato intervenida con anterioridad, hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2. Durante el posoperatorio de fractura-luxación de tobillo derecho presenta anemia progresiva y melenas con repercusión hemodinámica, por lo que se realiza panendoscopia oral y angio-TC. Se describe litiasis de 5 cm enclavada en segunda porción duodenal y fístula colecistoduodenal (fig.). Dada la ausencia de clínica obstructiva en dicho momento, la fragilidad y el elevado riesgo quirúrgico que supondría una cirugía del tracto biliar, se propone litotricia electrohidráulica y posible enterolitotomía si se produjera obstrucción a nivel de intestino delgado. Se realiza dicha técnica con 5.000 pulsos de intensidad media-alta por parte del servicio de Endoscopia Digestiva consiguiendo fragmentación parcial. Tras episodio de vómitos, se realiza TC abdominopélvica, que evidencia progresión de litiasis a asas yeyunales, condicionando una dilatación retrógrada. Se realiza laparotomía exploratoria, evidenciando bloqueo adherencial intenso del compartimento supramesocólico e íleo biliar a nivel de yeyuno medio. Se realiza enterolitotomía y exploración del resto de asas intestinales sin otros hallazgos. La paciente presenta un posoperatorio favorable y es dada de alta sin complicaciones.



Discusión: El tratamiento del íleo biliar es eminentemente quirúrgico, sobre todo para resolver el cuadro obstructivo. En pacientes jóvenes y de bajo riesgo quirúrgico debería asociarse además: colecistectomía, exploración de vía biliar y/o cierre de la fístula colecistoentérica en uno o dos tiempos si la situación clínica lo permite. En pacientes de edad avanzada, frágiles o con comorbilidades importantes asociadas, existe una tendencia general a realizar solo la enterolitotomía. En el caso del síndrome de Bouveret, esto implica una duodenotomía o piloroplastia. El manejo endoscópico, asociado a litotricia electrohidráulica se ha descrito como alternativa en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Permite en algunos casos la fragmentación casi completa de la litiasis y favoreciendo su paso a través del tracto digestivo. En otros casos permitirá su paso parcial, favoreciendo la resolución de la obstrucción mediante una enterolitotomía; evitando así la duodenotomía y las complicaciones derivadas de la misma. Por tanto, en casos de síndrome de Bouveret en pacientes frágiles o con comorbilidades asociadas, se puede iniciar el algoritmo terapéutico con la litotricia electrohidráulica endoscópica.