

Presentación de Caso

Hospital Clínico Quirúrgico “Lucia Iñiguez Landín” Servicio de Cirugía. Holguín. Cuba.

A propósito de un caso con Síndrome de Bouveret.

Bouveret’s Syndrome. A Case Report

Bárbara Haliberto Armenteros¹, Rafael Vera López², Darlien Rafael Vera Mosqueda³, Juan Carlos Mirabal Requena⁴.

1 Especialista en I Grado en Cirugía General. Profesora Instructora. Holguín. Cuba

2 Especialista de II Grado Cirugía General. Profesor Auxiliar. Holguín. Cuba.

3 Especialista en I Grado en MGI. Municipio Calixto García. Cuba.

4 Especialista en I Grado en MGI. Policlínica Fleites Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

El síndrome de Bouveret es una entidad poco frecuente, provocada por litiasis biliar con franco predominio en mujeres ancianas, puede manifestarse de forma no específica, en especial, en obstrucciones intestinales altas por fístulas biliodigestivas, el diagnóstico muchas veces no se sospecha, se requiere de un tratamiento de urgencia y la técnica quirúrgica depende del tiempo de evolución y los hallazgos. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de una paciente femenina de 72 años que ingresa con el diagnóstico de oclusión intestinal alta, a quien se le realizó laparotomía, encontrándose una fístula colecistoduodenal con cálculo de 4 cm impactado en el duodeno, se le realizó duodenotomía amplia con extracción del cálculo, colecistectomía, duodenografía, gastroyeyuno anastomosis y exclusión pilórica. Fue importante el diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar el pronóstico.

Palabras clave: síndrome de Bouveret, obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Bouveret’s syndrome is an unusual disease, which is caused by biliary calculi. Its diagnosis is difficult to confirm. This syndrome is frequently presented in elderly women. The main clinical presentations are intestinal obstruction due to gallbladder duodenal fistula. It is necessary to apply the emergency treatment and the surgical one depends on the evolution. The aim of this investigation is to present a case report, a patient who is 72 years old, female and she was admitted with intestinal occlusion. Laparotomy was applied, during surgical approach a cholecystoduodenal fistula was found with a 4cm stone. Duodenal exploration, cholecystectomy, duodenography, gastrojejunostomy and pyloric exclusion were the surgical techniques used. Early diagnosis and treatment were important for a better prognosis.

Key words: Bouveret’s syndrome, intestinal obstruction

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bouveret es una entidad clínica poco frecuente, que pertenece al espectro de enfermedades causales de íleo biliar. Los primeros casos se reportan por Milles 1861, León Bouveret en 1896. ^(1,2) Desde esa época se describen en la literatura algo más de 300 casos donde la principal forma de presentación es el síndrome de retención gástrica, caracterizado por vómitos y dolor abdominal y pueden recogerse antecedentes de enfermedades de la vía biliar. ⁽³⁾ En 1947 Hezt publica el primer paciente tratado con éxito por esa patología. En ocasiones por lo poco frecuente de esta patología se hace difícil su diagnóstico en el preoperatorio. Debido a que por primera vez tuvimos la experiencia de tratar un caso como éste, aunque su diagnóstico fue realizado durante el transoperatorio, consideramos interesante realizar la presentación del mismo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Historia de la enfermedad actual: paciente femenina de 72 años de edad raza blanca que acudió al cuerpo de guardia del Servicio de Cirugía General del Hospital “Lucia Iñiguez Landín” de Holguín por presentar dolor abdominal tipo cólico de dos días de evolución, localizado en epigastrio con irradiación difusa al abdomen, acompañado de vómitos copiosos, numerosos y de color amarillo, distensión abdominal central asimétrica sin expulsión de heces fecales ni gases por el recto. Por tal motivo se decide hospitalización.

Antecedentes patológicos personales: diabética tipo II e insuficiencia cardiaca, apendicectomía perforada con peritonitis.

Antecedentes patológicos familiares: no de interés médico, ausencia de alergia a medicamentos.

Examen físico: distensión abdominal central con timpanismo aumentado, cicatriz paramedia suprainfraumbilical derecha, dolor a la palpación del abdomen, RHA aumentados, tacto rectal con ampolla rectal vacía pulso 96 Lat. /min. TA 110/60 mmHg.

Exámenes complementarios de urgencia:

- Laboratorio: hemoglobina 11,5g/dl, leucocitos 12 000, 84 neutrófilos, 34 linfocitos, 0 eosinófilos, glicemia 6,6 mmols/l, coagulograma (plaquetas 250), creatinina 82 mmols/l

Electrocardiograma: signos de hipertrofia de cavidades derecha.

- Imaginología: radiografía de abdomen simple antero posterior y de pie; distensión de asas delgadas con niveles hidroaéreos y apilamiento de asas hacia la región de hipocondrio derecho y mesogastrio.

Tratamiento quirúrgico:

Se realizó laparotomía de urgencia, observando gran proceso de adherencia hacia hipocondrio y mesogastrio, se efectuó lisis de bridas, encontrándose una comunicación del fondo de la vesícula biliar al bulbo duodenal (fístula colecistoduodenal). Se realizó colecistectomía y duodenotomía amplia con extracción de un cálculo de 4cm, hicimos cierre primario transversal del duodeno a dos planos debido a la fibrosis de sus paredes, lo complementamos con una gastroyeyunostomía

anterior antecólica y exclusión pilórica como medida de seguridad para desviar el contenido digestivo, y drenaje periduodenal para proteger la sutura evacuación gástrica.

DISCUSIÓN

En sus trabajos Sans menciona que el síndrome de Bouveret es un íleo biliar con obstrucción a nivel piloroduodenal ⁽¹⁾ que afecta preferentemente al sexo femenino en edades avanzadas de la vida en una proporción 3/1 y 4/1 ⁽²⁾. Su etiología se corresponde en el 60% al 90% de las series publicadas con las colelitiasis, seguidas por la úlcera péptica y en menor frecuencia el carcinoma digestivo o biliar. ⁽³⁾ Muchos autores reportan la fístula colecistoduodenal como la forma de presentación más frecuente (60% a 70%).

Divakara Murphy plantea que el fondo vesicular es el sitio, donde con mayor frecuencia, se establece la comunicación y lo hace al bulbo duodenal, mientras que el infundíbulo vesicular lo suele hacer a la vía biliar principal, produciéndose una fístula colecistocolédociana o síndrome de Mirizzi tipo II. La mayoría de las veces, la obstrucción del cístico es la causa fisiopatológica que produce la colecistitis y ésta la fístula biliodigestiva, por la que pasa el cálculo al tubo digestivo. Otras formas de presentación son las fístulas colecistocólicas, colecistogástricas y coledocoduodenal ^(4,5).

Nuestra paciente llegó con un cuadro de dolor abdominal tipo cólico y vómitos, fue interpretada en el preoperatorio como una oclusión de intestino delgado alta. Se hizo el diagnóstico definitivo, durante la intervención quirúrgica.

La presentación clínica del síndrome de Bouveret no es específica, coincidiendo muchos autores en que la más frecuente es la obstrucción intestinal alta con distensión gástrica aguda. Para que se produzcan síntomas es necesario que el cálculo tenga un tamaño mínimo de 2,5 cm. de diámetro. Se han descrito otras como sangramientos digestivos altos provocados por que el cálculo es capaz de horadar la arteria cística durante el proceso inflamatorio y sangrar ^(6,7).

El diagnóstico puede ser radiológico, al encontrar en la radiografía de abdomen simple la tríada de Rigler (distensión gástrica, aerobilia y cálculo biliar ectópico es decir en posición aberrante), la presencia de neumobilia no es específica de íleo biliar, más de la mitad de los casos se deben a cirugía biliar previa o a esfínter de Oddi incompetente.

El signo de Balthazar ha sido descrito también en este síndrome y consiste en la presencia de dos niveles hidroaéreos adyacentes en hipocondrio derecho, que corresponden a (aire en el bulbo duodenal el medial y aire en la vesícula el nivel más lateral). El hallazgo de dos o tres de estos signos es considerado patognomónico de íleo biliar y aparecen en el 40-50% de los casos.

El estudio gastroduodenal baritado es de gran valor, ya que puede identificar el trayecto de la fístula biliodigestiva, pueden llegar a ser de mucha utilidad así como otros complementarios, la endoscopia digestiva alta (EDA), la ecografía abdominal y la tomografía abdominal para demostrar aerobilia, defecto de llene e incluso el cálculo a escala biliar y duodenal ^(4,5).

La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en este síndrome donde se han reportado tasas de mortalidad iniciales de hasta un 50%, las que han ido disminuyendo hasta menos de un 15% ⁽⁸⁾.

Existen dos alternativas quirúrgicas, la enterotomía y extracción del cálculo, o la enterotomía más colecistectomía y reparación de la fístula. Respecto a las alternativas terapéuticas son utilizadas la litotripsia en pacientes estables y la extracción endoscópica o la fragmentación del cálculo con YAG láser, con los inconvenientes de no poder reparar la fístula y corriéndose el riesgo de perforación visceral ⁽⁹⁾. Nosotros preferimos realizar la segunda debido a la edad y estado de la paciente. Muchos autores plantean que no reparar de inmediato la fístula aumenta el riesgo de colangitis, colecistitis, hemorragias digestivas altas (HDA) e incluso carcinoma vesicular. Otros abogan que estas fístulas pueden cerrar espontáneamente en gran parte de los casos.

Se describe una mortalidad de un 6% cuando se realiza el procedimiento en un solo tiempo quirúrgico y 20-30% cuando se realiza en dos tiempos (enterotomía y luego colecistectomía y reparación). Las alternativas quirúrgicas utilizadas en la reparación han sido numerosas desde la gastrostomía más piloroplastia de Heineke-Mikulicz, la antrectomía y gastroyeyunoanastomosis tipo Billroth II, la duodenotomía amplia para la extracción y cierre primario de la fístula más gastroyeyunoanastomosis. Aquellos que abogan por el tratamiento quirúrgico en un solo tiempo esgrimen tasas de mortalidad del 13%, directamente influidos por la precocidad en el establecimiento del diagnóstico e instauración del tratamiento ^(9,10).

El síndrome de Bouveret es una entidad grave y poco frecuente, su diagnóstico muchas veces no es sospechado por el cirujano por lo que se trata habitualmente como otras causas. La sospecha clínica, los antecedentes y la realización precoz de los complementarios imaginológicos, nos podrán orientar en el mismo. El tratamiento es quirúrgico y la técnica dependerá de los hallazgos y el tiempo de evolución del proceso. La morbilidad, la mortalidad y la estancia hospitalaria estarán en relación con el retraso en el diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz HD, Bruno M, Almasqué O, García R, Giménez Dixon M, Faillace R et al. Morbimortalidad en el íleo biliar: estudio comparativo de dos décadas. *Cir Esp* 1997; 62:191-193.
2. Sans M, Feu F, Panés J, Piqué JM, Terés J. Obstrucción duodenal por litiasis biliar (Síndrome de Bouveret). *Gastroenterol Hepatol* 1996; 19: 519-520 [Medline]
3. López Martínez C, Planeéis Roig M, García Espinosa R, Rodero D. Íleo biliar. Aportación de nuestra casuística (21 casos). *Cir Esp* 1997; 61: 357-360.
4. Blanco González F J, Artigas Martín JM, Fuentes Fernández MI, Hernando Almudí E, García Calleja JL. Síndrome de Bouvert diagnóstico preoperatorio por imágenes. *Cir Esp* 2000; 67: 619-620.
5. Gutstein Feldman D, Herrainz Hidalgo G, Alcaín Martínez, Luna Díaz R, García Castaño D, Vara Thorbeck C síndrome de Bouveret: enfoque diagnóstico y terapéutico a propósito de un nuevo caso. *Cir Esp* 1997; 61: 473-475.
6. Mejia L, Murthy R Mapara S. Bouveret 's Syndrome presenting as upper GI bleed in young female. *Am J Gastr* 2003; Supple Sept: S131.4.
7. Rodríguez Hermosa JI, Roig J Girones J, Codina- Cazador A, Hombrado M, Fija
8. Síndrome de Bouveret: descripción de 5 casos. *Cir Esp* 2004; 76:256-259.3.
9. Mansannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret Syndrome, a case report. *AM Thorac Surg* 2006; 81: 1493-5.

10. Maiss J, Hochberger J, Hahn EG, Lederer R, Schneider HT. Successful laser lithotripsy in Bouveret's syndrome using a new frequency doubled doublepulse Nd: YAG laser. Scand J Gastroenterol. 2004; 39:791-4.
11. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret Syndrome. Rev Clin Esp. 2003;203:399-400.

Correspondencia: Dra. Bárbara Haliberto Armenteros Calle Mártires 110 % Frexes y Martí. Holguín. Cuba. Correo electrónico: barbara.haliberto@fcm.hlg.sld.cu

[Indice Anterior Siguiente](#)