



COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UNA COLELITIASIS.

SÍNDROME DE BOUVERET: REPORTE DE UN CASO.

Santillán Márquez M.E.; Diehl F.A.; Patrón Costas L.; Castillo M.A.; Galván Claros M.E.; Milich M.M.; Valdiviezo E.M.; Patrón Costas G.

Introducción

El síndrome de Bouveret fue descrito por el francés León Bouveret en 1896, consiste en una rara variante de íleo biliar (1 a 3% de los casos), causado por el paso e impactación de un cálculo en el píloro o duodeno, luego de pasar a través de una fístula colecistoduodenal, resultando en la obstrucción del tracto de salida gástrico^{1,2}. Presenta una mortalidad de entre 12-30%³. Los factores de riesgo asociados a esta patología son: historia de colelitiasis, colecistitis a repetición, cálculos mayores a 2,5 cm de diámetro, sexo femenino, edad mayor a 60 años⁴.

Presentamos un caso clínico de una paciente que consultó a nuestro nosocomio.

Caso clínico

Paciente femenino de 78 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, sin antecedentes quirúrgicos. Consulta en la guardia de emergencias por presentar dolor abdominal tipo cólico en epigastrio con irradiación hacia hipocondrio derecho y dorso de una semana de evolución, asociado a vómitos abundantes. Al examen físico presentaba signos de deshidratación con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho con defensa sin signos de peritonismo. Parámetros vitales: FC 90 lpm, TA 80/40 mmHg. A la analítica presento: Hb 14 g/dl, leucocitos 15.900/mm³ con neutrofilia (90%), trombocitosis (592.000), falla renal con creatinina 7.1 con MDRD-4 de 6 (VN: 80 - 120 ml/min/1.73m²) con urea 206 mg/dl, Na 132, K 3.7, Cl 84, GOT 9, GPT 11, FAL 135, bilirrubina total 0.5 mg/dl, amilasa 437 U/l, lipasa 744 U/l. En la ecografía abdominal se observa imagen compatible con vesícula escleroatrófica con litiasis en su interior. Es valorada por cirugía general asumiendo cuadro como pancreatitis aguda. Posteriormente se realiza una tomografía computada de abdomen con contraste EV y oral, donde se evidencia marcada distensión gástrica secundaria a obstrucción de la porción proximal duodenal por imagen de aspecto cálcica en su luz, asociado a engrosamiento de la pared intestinal en segunda porción duodenal, además se observa pared vesicular engrosada (Figura 1 y 2). Luego se realiza video endoscopia digestiva alta que informa la presencia de lito de gran

tamaño en bulbo duodenal que obstruye por completo la luz del mismo y no permite el paso hacia segunda porción (Figura 3). Se intenta fragmentar lito con canasta de dormia litotriptora sin éxito. Seguidamente se programa laparotomía exploradora con gastrotomía y extracción de lito transpilórica y posterior gastrorrafia, sin cierre de fistula colecistoduodenal. La paciente evolucionó favorablemente con posterior alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio por cirugía



Figura 1. TC de abdomen en corte coronal con marcada distensión gástrica y engrosamiento parietal de la vesícula biliar con imagen heterogénea en su interior (flecha).



Figura 2. TC de abdomen en corte transversal se observa engrosamiento de la pared de la vesícula biliar fistulización colecistoentérica. Discreta aerobilia.

general.

Discusión

El síndrome de Bouveret es una complicación poco frecuente de coledoclitiasis (menos del 1%)³ con una edad promedio de aparición fue 74 +/- 11 años, predominando en mujeres⁵, caracterizado por la

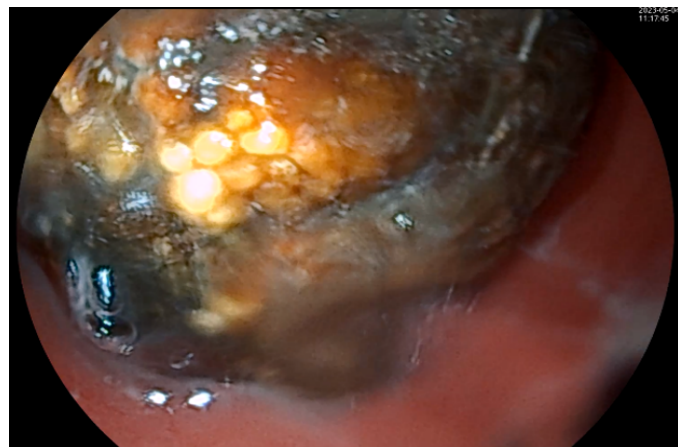


Figura 3. VEDA: se observa lito de gran tamaño a nivel de bulbo duodenal con compromiso total de la luz.



impactación de un cálculo biliar en el duodeno o estómago distal, que lleva a la obstrucción del tracto de salida gástrico^{6,7}. Con respecto a su forma de presentación clínica, el 70% de los pacientes padecen cólicos biliares previos a la consulta. También puede presentar náuseas, vómitos y dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho. La intensidad de los síntomas no se correlaciona con la alteración anatómica⁸. Otros síntomas de presentación pueden ser fiebre, deshidratación y pérdida de peso, siendo poco frecuente la sepsis³. Los diagnósticos diferenciales pueden incluir la úlcera péptica perforada, pancreatitis, cuerpo extraño, pólipos o neoplasias gastrointestinales altas^{9*}.

Para arribar al diagnóstico utilizamos diferentes métodos como ser ecografía abdominal, demostrándose signos de colecistitis aguda con litiasis, aerobilia, aunque con ciertas limitaciones debido a la distensión abdominal causada por el aire intestinal; por su parte la tomografía computarizada sugiere el diagnóstico en el 75% de los casos, al evidenciar la presencia de una fístula, el estado inflamatorio de la luz intestinal y el tejido circundante y el tamaño, número y ubicación de los cálculos biliares ocluyendo la luz duodenal^{1,8}. La video endoscopia digestiva alta pone en evidencia el cálculo impactado en el píloro o duodeno en 70% de los casos^{6,10}.

La conducta terapéutica debería individualizarse en función de los hallazgos, las condiciones clínicas del paciente y la experiencia del cirujano³. El tratamiento agudo implica la resolución de la obstrucción, ya sea mediante endoscopia digestiva, laparoscopia o cirugía abierta¹¹. La extracción endoscópica tiene un importante rol en esta patología, porque es menos invasiva y se asocia con menos complicaciones, pudiendo ser más exitoso en los pacientes seleccionados con cálculos de tamaño intermedio y relativamente móviles^{2,12}. Mientras que la cirugía mediante laparotomía con enterolitotomía o extracción del cálculo por gastrotomía es otra alternativa, a pesar de presentar una mortalidad variable de entre 12 al 30%^{1,2}. Por otro lado, el cierre de la fístula se prefiere en un segundo tiempo, si presenta síntomas, dado el alto riesgo de complicaciones^{3,10}.



Conclusión

El síndrome de Bouveret representa el 1% al 3% de los casos de íleo biliar. Debe considerarse como un diagnóstico diferencial en pacientes añosos, sexo femenino con historia de litiasis vesicular sintomática y signos de obstrucción gastrointestinal alto. El tratamiento dependerá de cada caso en particular, optando en primera instancia por técnicas menos invasivas con menor riesgo de complicaciones como ser la endoscópica, ante el fracaso de ésta última el manejo quirúrgico sería su alternativa.

Bibliografía

1. Ramon y Cajal Calvo, J., Bello Franco, C., Sesé Lacamara, L., Costa Lorente, M., & Moreno Caballero, L. Síndrome de Bouveret: causa inusual de íleo biliar. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2020;77(4):378–380.
2. Siado Guerrero SA, Canal Daza FA, Jiménez Sánchez HC, Martínez Montalvo CM, Osorio Santos M. Síndrome de Bouveret, una causa extraña de obstrucción intestinal alta: reporte de caso. *Rev. Colomb. Gastroenterol*. 2019;34(4):445-9.
3. Navarro-del Río E, Hernández-Zúñiga JF. Síndrome de Bouveret: una rara complicación de la coledoclitiasis. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Cirugía y Cirujanos*. 2020;88(1):95-99.
4. Avilés LF, Tonalli Arce-Guridi H, Mercado U. Síndrome de Bouveret: una variante rara de íleo biliar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(4):536-8.
5. Cappell MS, Davis M. Caracterización del síndrome de Bouveret: una revisión exhaustiva de 128 casos. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(9):2139-46.
6. Gallego Otaegui L, Sainz Lete A, Gutiérrez Ríos R, Maialen Alkorta Zuloaga, Arteaga Martín X, Jiménez Agüero R, et al. Síndrome de Bouveret. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108(7):434-436.
7. Castro S, Nadala A, Puertaa S, Zanóna V, Boquea R, Pradella J, et al. *Cir Esp*. 2006;79(3):193-5.



8. Iñíguez A, Butte JM, Zúñiga JM, Crovari F, Llanos O. Síndrome de Bouveret. Resolución endoscópica y quirúrgica de cuatro casos clínicos. Rev Méd Chile. 2008;136:163-168.
9. ASGE Standards of Practice Committee; Jue TL, Storm AC, Naveed M, Fishman DS, Qumseya BJ, et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the management of benign and malignant gastroduodenal obstruction. Gastrointest Endosc. 2021;93(2):309-322.
10. Peixoto, R.; Correia, J.; Soares, M. G.; Gouveia, A. Síndrome de Bouveret: Apresentação de Um Caso Clínico e Breve Revisão da Literatura. Acta Med Port. 2020;33:347-349.
11. Ferri JVV, Zaki CH, AsCBC-RS, Vecchia Junior CPD, Volkweis BS, ACBC-RS, et al. Síndrome de Bouveret: abordaje quirúrgico no definitivo. Informes de casos Cir.2017;(4):1-3.

Sotelo Estévez JC, Herrera Meillón H, Santos Manzur A. Síndrome de Bouveret: manejo laparoscópico. An Med (Mex). 2013; 58 (4): 276-280.