

CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: SÍNDROME DE BOUVERET.

BOUVERET SYNDROME, A RARE CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION.

A. Mayorga

Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.

Resumen

El síndrome de Bouveret es una entidad clínica rara, la cual es causada por el paso de cálculos biliares desde la vesícula biliar hacia el duodeno a través de una fístula colecistoduodenal, provocando obstrucción al flujo de salida gástrico. Los síntomas son inespecíficos y clásicamente se presenta en personas entre los 60 y 70 años de edad, siendo excepcional la presentación en adolescentes. Presentamos el caso de un paciente adolescente, masculino, con síndrome de Bouveret.

Palabras clave: síndrome de Bouveret, fístula colecistoduodenal, obstrucción gastroduodenal.

Abstract

Bouveret syndrome is a rare clinical entity, which is caused by the passage of gallstones from the gallbladder to the duodenum through a cholecystoduodenal fistula, causing obstruction of gastric outflow. The symptoms are nonspecific and classically present in people who are between 60 and 70 years old, being exceptional the

presentation in adolescents. We present the case of an adolescent male patient with Bouveret syndrome.

Keywords: Bouveret syndrome, cholecystoduodenal fistula, gastroduodenal obstruction.

Caso clínico

Paciente masculino de 17 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, quien desde hace dos meses presenta dolor abdominal tipo cólico ocasional. En las últimas dos semanas, los episodios de dolor se han vuelto más frecuentes y se acompañan de náuseas, vómitos y pérdida de peso de 7 Kg. En su examen físico presenta distensión abdominal y timpanismo generalizado. Los datos de laboratorio mostraron: leucocitos 12.000/mL, bilirrubina total 0,8 mg/dL y creatinina 1,2 mg/dL.

Se realizó una radiografía simple de abdomen, donde se evidenció distensión gástrica e imagen radiopaca en hipocondrio derecho. En la tomografía computarizada abdominal se evidencia un estómago distendido y el bulbo duodenal dilatado, además de una imagen hiperdensa en bulbo duodenal sugestiva de un cálculo biliar; la vesícula biliar estaba contraída y adyacente a la imagen descrita (**Figuras 1 y 2**). Ante este cuadro obstructivo, se decidió realizar una laparotomía urgente, encontrándose un cálculo a nivel duodenal, el cual fue extraído. Adicionalmente, se realizó colecistectomía y reparación de la fístula. La evolución fue favorable.

CORRESPONDENCIA

Alejandro Mayorga
Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Quito.
alejomg2488@gmail.com

Fecha de envío: 18/07/2018
Fecha de aceptación: 15/08/2018



Figura 1

TAC abdominal. Corte coronal: estómago y duodeno dilatados, presencia de imagen hiperdensa en bulbo duodenal (cálculo biliar impactado).

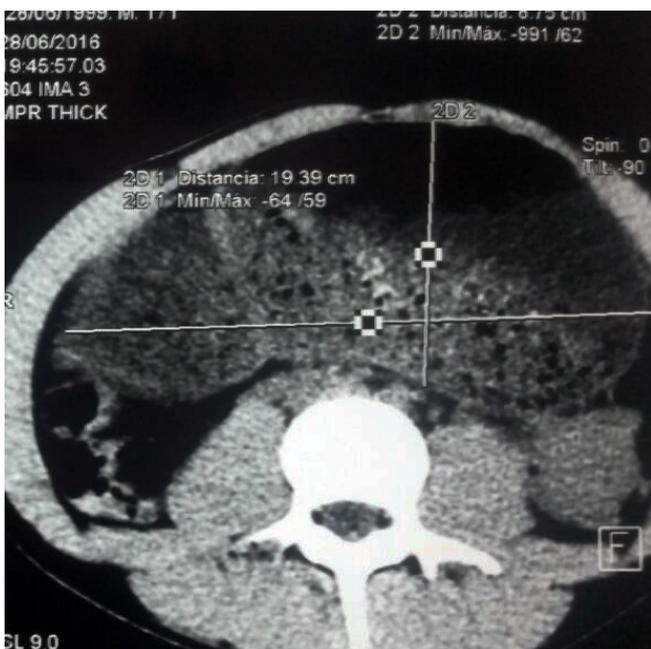


Figura 2

TAC abdominal. Corte axial: presencia de cavidad gástrica dilatada, con abundantes restos en su interior.

Discusión

El síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de íleo biliar que consiste en el paso de un cálculo biliar grande hacia el duodeno mediante una fístula colecistoduodenal, lo que provoca obstrucción al flujo de salida gástrico. Los dos primeros casos fueron descritos por Léon Bouveret, en 1896. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada (a partir de los 70-75 años), lo que justifica su elevada tasa de morbilidad y mortalidad, del 60% y 30% respectivamente. Es excepcional su presentación en adolescentes¹.

Se produce por la inflamación crónica del sistema biliar, que induce inflamación y adherencia entre éste y el intestino adyacente, y provoca un aumento de la presión que favorece la isquemia y la perforación de la pared vesicular, dando lugar al paso de cálculos biliares hacia el intestino y su impactación. Constituye el 2-3% de las obstrucciones intestinales relacionadas con cálculos biliares (íleo biliar), asociándose con cálculos de gran tamaño, con diámetro mayor a 2,5 cm².

Los síntomas son inespecíficos, siendo los más frecuentes el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos. Otros menos frecuentes son distensión abdominal, sangrado digestivo, pérdida de peso y anorexia. El diagnóstico diferencial se debe establecer con enfermedades de tipo inflamatorio, como la úlcera péptica y la enfermedad de Crohn; malignas, como el carcinoma pancreático o duodenal y otras congénitas como las membranas duodenales³.

Las pruebas complementarias junto con la clínica orientan al diagnóstico de obstrucción intestinal alta. La radiografía de abdomen alcanza el diagnóstico sólo en el 21% de los casos. El ultrasonido abdominal permite identificar la localización ectópica de los cálculos biliares y la presencia de aerobilia. La tomografía axial computarizada permite el diagnóstico de la tríada de Rigler (obstrucción del intestino delgado, neumbilia y cálculo biliar ectópico) hasta en el 77,8% de los casos, pudiendo ser necesario el uso de resonancia magnética en caso de imágenes isodensas. Por su parte, mediante endoscopia se pueden evidenciar los cálculos biliares ectópicos hasta en el 70% de los casos. Entre el 20% y 40% de los casos se diagnostican sólo durante la cirugía⁴.

Respecto al tratamiento endoscópico, existen pocos casos descritos debido a la dificultad técnica que representa la extracción por esta vía, dados la alteración de la anatomía por el proceso inflamatorio y el gran tamaño de los cálculos, siendo necesario el uso combinado de distintos métodos como la extracción con cesta, la litotricia láser o la litotricia intracorpórea electrohidráulica o mecánica⁵.

La cirugía continúa siendo necesaria en más del 90% de los casos. Existen dos abordajes principalmente utilizados para la extracción del cálculo: la enterolitotomía y la gastrostomía, con resección del segmento de intestino delgado afecto si este no fuera viable. La colecistectomía y reparación de la fístula durante el mismo acto quirúrgico se recomiendan cuando existe de manera concomitante colecistitis aguda o empiema de la vesícula biliar, o bien en aquellos pacientes de bajo riesgo sin distorsión anatómica de la vía biliar, siendo preferible considerar la colecistectomía y reparación de la fístula en un segundo tiempo en pacientes de alto riesgo, con mala situación clínica o comorbilidades graves⁶.

Bibliografía

1. Nickel F, M Müller M, Chu J, von Tengg-Kobligk H, Muller B. Bouveret's syndrome: Presentation of two cases with review of the literature and development of a surgical treatment strategy. *BMC Surgery*. 2013; 13: 33.
2. Ayantunde A, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg*. 2007; 31(6): 1294-1299.
3. Haddad F, Mansour W, Deeb L. Bouveret's Syndrome: Literature Review. *Cureus*. 2018; 10(3): e2299.
4. Gijón de la Santa L, Camarero Miguel A, Pérez Retortillo JA, Ramia Ángel JM. Bouveret's syndrome: Evaluation with multidetector CT. *Rev Esp Enferm Dig*. 2014; 106(4): 283-4.
5. Rogart J, Perkal M, Nagar A. Successful Multimodality Endoscopic Treatment of Gastric Outlet Obstruction Caused by an Impacted Gallstone (Bouveret's Syndrome). *Diagn Ther Endosc*. 2008; 2008: 471512.
6. Mavroeidis VK, Matthioudakis DI, Economou NK, Karanikas ID. Bouveret syndrome-the rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review. *Case Rep Surg*. 2013; 2013: 839370.