

nombre se debe al médico francés Léon Bouveret quien en 1896 publicó 2 casos de este síndrome⁴.

El síndrome de Bouveret es más frecuente en mujeres de edad avanzada y se manifiesta con náuseas, vómitos y dolor en epigastrio. En los casos graves puede haber hemorragia digestiva. La complicación más frecuente es el desequilibrio hidroelectrolítico^{1,5}. El diagnóstico es tardío, ya que los pacientes no presentan antecedentes de coledocolitiasis y los síntomas son inespecíficos. Puede ser confundido con otras causas de obstrucción gastroduodenal, por lo que se debe realizar el diagnóstico diferencial con un bezoar, impactación de cuerpo extraño, vólvulo gástrico, tumores, estenosis pépticas, síndrome de la arteria mesentérica superior, etc. En ocasiones la radiografía simple de abdomen puede mostrar la tríada de Rigler (obstrucción intestinal o dilatación gástrica, aerobilia y visualización del cálculo ectópico)^{1,3}. La endoscopia consigue el diagnóstico en el 70% de los casos⁴. Puede intentarse la extracción endoscópica del lito, pero puede no ser posible si el cálculo mide más de 2.5 cm. La cirugía es el tratamiento de elección. Existen 2 alternativas: la cirugía en un tiempo (con enterotomía, extracción del lito y colecistectomía con reparación de la fístula) o la simple enterotomía y extracción del cálculo. La cirugía combinada se ha asociado a mayores tasas de mortalidad postoperatoria (20-30%) comparada con los casos de duodenotomía aislada (6-12%)⁴. La recurrencia del íleo biliar (menos del 5%) o la persistencia de síntomas biliares (10%) son bajas^{1,3}.

En conclusión, el síndrome de Bouveret es raro, por lo que el diagnóstico es de exclusión. El tratamiento ideal es el endoscópico, pero si este falla es necesaria la cirugía.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio/artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Álvarez Chica LF, Bejarano Cuéllar W, Rojas Cardozo OL. Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto: Descripción de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Col Gastroenterol*. 2010;25:86-93.
2. Rivera Irigoín R, Ubiña Aznar E, García Fernández G, et al. Síndrome de Bouveret resuelto mediante litotricia mecánica endoscópica. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98:790-2.
3. Báez-García JJ, Martínez-Hernández-Magro P, Iriarte-Gállego G. Bouveret's syndrome; a case report [Article in Spanish]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2009;74:118-21.
4. Doycheva I, Limaye A, Suman A, et al. Bouveret's syndrome: Case report and review of the literature. *Gastroenterol Res Pract*. 2009;2009:914951.
5. López-Martínez JA, Delgado-Carlo MM, Palacio-Vélez F, et al. Bouveret's syndrome. Case report [Article in Spanish]. *Cir Cir*. 2004;72:317-22.

A. Ruiz de la Hermosa*, P. Ortega-Domene,
G. Zarzosa-Hernández y J.B. Seoane-González

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España*

* Autor para correspondencia. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Calle Gran Vía del Este, 80, 28031 Madrid.

Teléfono: +34 91 191 80 00.

Correo electrónico: aliciaruiz9@hotmail.com

(A. Ruiz de la Hermosa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2015.05.002>

Resolución de coledocolitiasis compleja con *stent* metálico removible. Reporte de un caso

Resolution of complex choledocholithiasis with removable metal stent. A case report

Un 15-20% de las coledocolitiasis pueden resultar complejas en su extracción debido al tamaño (> 15 mm), el número (mayor o igual a 3) o las disociaciones continente-contenido que determinan las impactaciones^{1,2}. En estas circunstancias adversas, otras técnicas endoscópicas deben ser aplicadas: dilatación con balón de grandes volúmenes, litotricia mecánica, con láser o electrohidráulica³⁻⁵. En caso de no lograrse el éxito terapéutico, la colocación de *stents* biliares plásticos es utilizada como puente hasta la intervención definitiva. En la última década se ha incrementado la utilización de *stents* metálicos autoexpandibles en el contexto de enfermedades biliares benignas, sin embargo,

su rol en las litiasis biliares no se ha difundido⁶⁻⁸. Reportamos un caso de litiasis biliar compleja resuelto mediante la colocación de un *stent* biliar metálico removible.

Mujer de 59 años, colecistectomizada, con estenosis aórtica severa. Consultó por epigastralgia intensa con irradiación a hipocondrio derecho y dorso acompañado de ictericia y coluria de 15 días de evolución. El hepatograma evidenciaba parámetros de colestasis, y la ecografía abdominal informaba vía biliar intrahepática y extrahepática dilatadas con un lito de 20 mm en el colédoco retropancreático.

Se le realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que mostró vía biliar dilatada con litos múltiples y gigantes, uno de ellos de conformación cuadrada (> 20 mm) impactado en colédoco medio (fig. 1).

Se realizó esfinterotomía amplia y se dilató en forma secuencial con un balón de grandes volúmenes hasta alcanzar los 15 mm de diámetro.

Se introdujo una canasta de litotricia mecánica que no logró desplegarse completamente y no permitió encestar la litiasis.

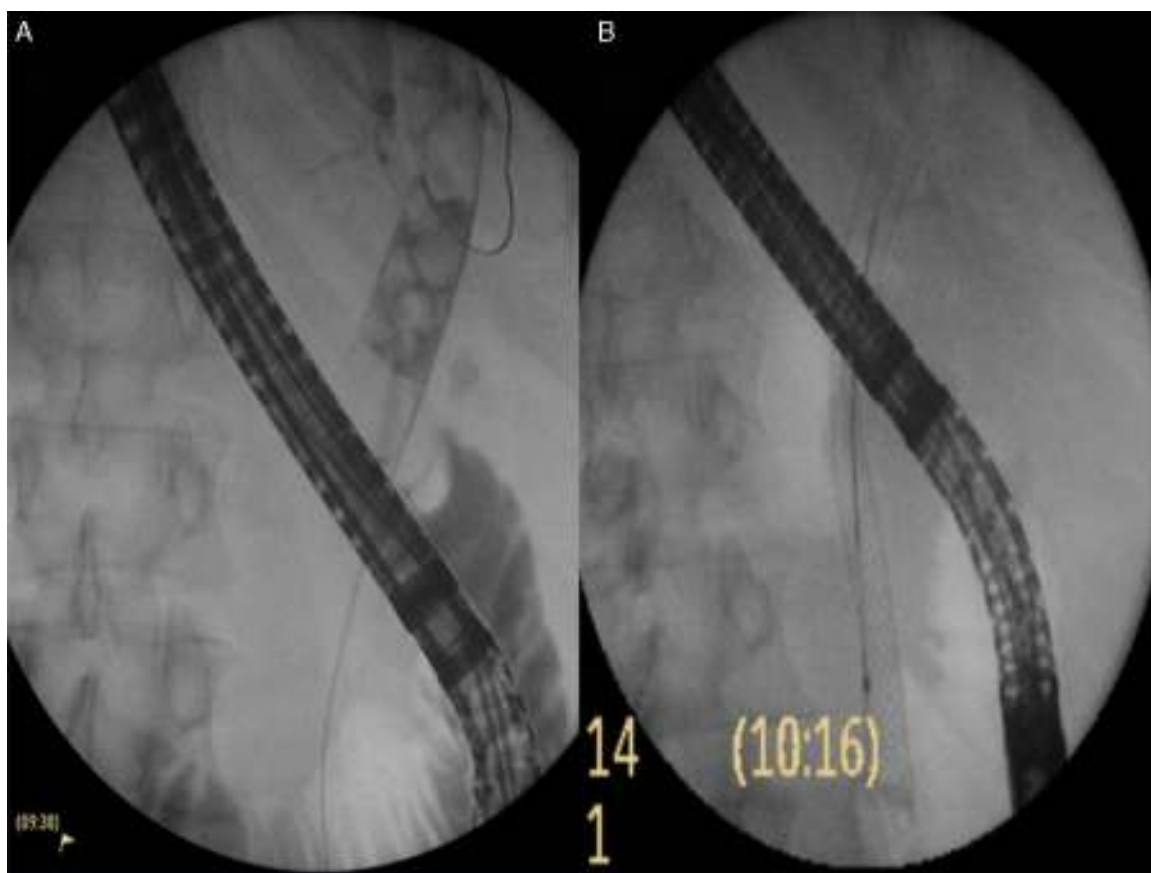


Figura 1 A) Colangiograma inicial: lito cuadrado de 20 mm impactado en colédoco medio, y múltiples litos por encima del mismo. B) Colocación de *stent* biliar metálico autoexpandible totalmente cubierto.

Se decidió la colocación de un *stent* metálico totalmente cubierto de 10 mm × 80 mm (WallFlex® Biliary, Boston Scientific, MA, EE. UU.) (fig. 1).

Luego de 6 semanas se realizó una nueva colangiografía endoscópica donde se observó hiperplasia del tejido papilar sobre el extremo distal del *stent* (fig. 2). Insuflando un balón dilatador de 12 mm en el interior del *stent* se logró descompactar el tejido hiperplásico y se pudo retirar el mismo con un asa de polipectomía.

El colangiograma evidenció múltiples fragmentos de litos menores a 10 mm. Los mismos se extrajeron completamente con balón extractor y castilla de Dormia (fig. 2).

La paciente continúa en seguimiento sin interurrencias biliares.

Muchos autores han destacado la importancia de los *stents* biliares plásticos en el manejo de los litos complejos, debido a que aseguran permeabilidad biliar y ejercen fricción sobre los mismos, determinando su fraccionamiento. Sin embargo, las tasas de aclaramiento biliar reportadas después de retirar los *stents* plásticos, rondan entre el 40 y el 70%⁶⁻⁹.

Los *stents* metálicos cubiertos suman particularidades que aumentan las tasas de resolución hasta un 91%⁹. Su fuerza de expansión radial comprime y fricciona los litos generando fraccionamientos, ablandamientos y reducciones de tamaño. Por otro lado, ejercen una dilatación sostenida, tanto de la papila como del colédoco distal, mejorando la

relación continente-contenido. Los trabajos publicados evidenciaron mayores tasas de aclaramiento biliar con menor número de procedimientos lo que determina que esta técnica sea más costo-efectiva que la colocación de *stents* plásticos^{2,7-9}.

Tanto la colocación como la extracción de estas prótesis no reportaron complicaciones mayores. Se informa un bajo porcentaje de migraciones distales y de hiperplasia del tejido papilar sin repercusión clínica^{8,9}.

Debemos destacar que los pacientes con vesícula no resultarían de riesgo para esta técnica ya que no se ha evidenciado un incremento en las tasas de colecistitis asociada a la utilización de *stent* metálicos cubiertos¹⁰.

En nuestro reporte, la paciente presentaba una enfermedad cardiológica que contraindicaba el manejo quirúrgico. Debíamos ser resolutivos con el menor número posible de intervenciones. Necesitábamos aplicar un método que trabajara tanto sobre el contenido (lito) como sobre el continente (colédoco distal). El *stent* metálico cubierto reunía las condiciones para convertirse en la opción más efectiva.

En conclusión, para pacientes en quienes la extracción inicial de los litos ha fallado, la colocación de un *stent* biliar autoexpandible con cobertura puede ser segura y efectiva en alcanzar un drenaje biliar transitorio. Además, a través de la generación de fuerza radial, logra fragmentación litiasica junto con dilatación papilar. La validación de esta técnica

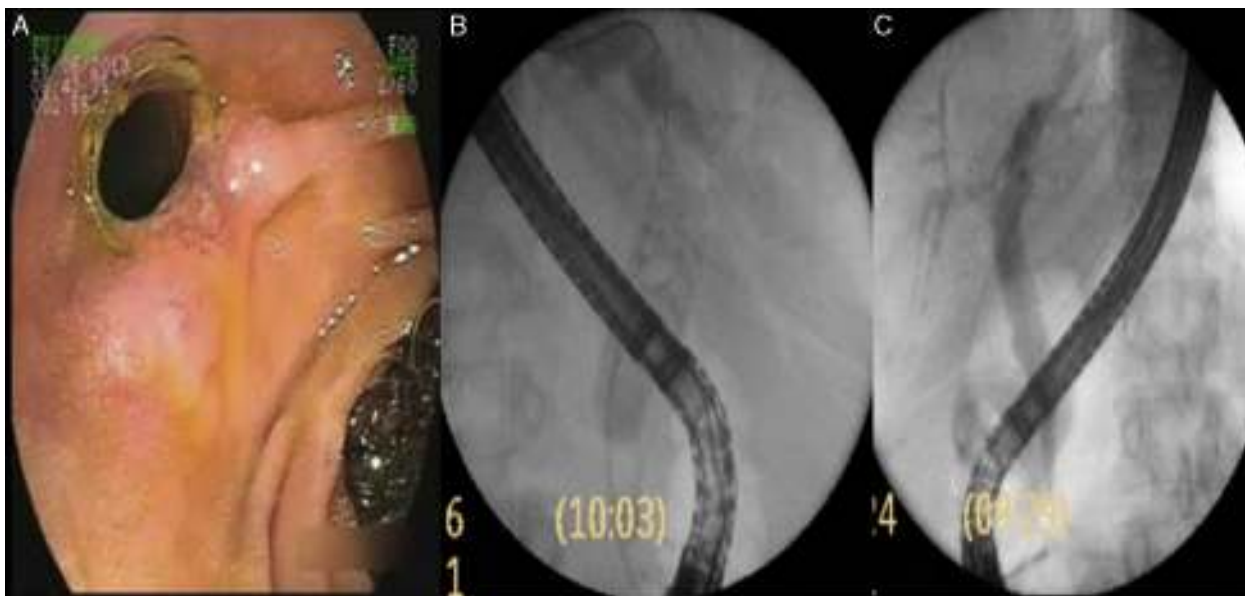


Figura 2 A) Hiperplasia en el extremo distal del stent. B) Colangiograma: coledocolitiasis múltiples menores a 10 mm. C) Colangiograma final: vía biliar deshabitada.

para el manejo de litiasis complejas requiere de estudios aleatorizados y controlados.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al Área de Investigación del Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner, en especial a los doctores Maximiliano De Abreu y Laura Antonietti por su colaboración en la elaboración de este manuscrito.

Referencias

- Itoi T, Itokawa F, Sofuni A, et al. Endoscopic sphincterotomy combined with large balloon dilation can reduce the procedure time and fluoroscopy time for removal of large bile duct stones. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:560-5.
- Horiuchi A, Nakayama Y, Kajiyama M, et al. Biliary stenting in the management of large or multiple common bile duct stones. *Gastrointest Endosc.* 2010;71:1200-3.
- Binmoeller KF, Schafer TW. Endoscopic management of bile duct stones. *J Clin Gastroenterol.* 2001;32:106-18.
- Ersoz G, Tekesin O, Ozutemiz AO, et al. Biliary sphincterotomy plus dilation with a large balloon for bile duct stones that are difficult to extract. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:156-9.
- Binmoeller KF, Brückner M, Thonke F, et al. Treatment of difficult bile duct stones using mechanical, electrohydraulic and extracorporeal shock wave lithotripsy. *Endoscopy.* 1993;25:201-6.
- Jeng KS, Sheen IS, Yang FS. Are expandable metallic stents better than conventional methods for treating difficult intrahepatic biliary strictures with recurrent hepatolithiasis? *Arch Surg.* 1999;134:267-73.
- Mizukami Y, Saito H, Obara T, et al. Temporary use of an accuflex stent for unextractable common bile duct stones. *J Gastroenterol Hepatol.* 2000;15:680-3.
- Minami A, Fujita R. A new technique for removal of bile duct stones with an expandable metallic stent. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:945-8.
- Cerefice M, Sauer B, Kahaleh M, et al. Complex biliary stones: treatment with removable self-expandable metal stents: a new approach. *Gastrointest Endosc.* 2011;74:520-526.
- Saleem A, Leggett CL, Baron TH, et al. Meta-analysis of randomized trials comparing the patency of covered and uncovered self-expandable metal stents for palliation of distal malignant bile duct obstruction. *Gastrointest Endosc.* 2011;74:321-327.e1-3.

C. Curvale, M. Guidi*, H. Hwang, J. De María y R. Matanó
Servicio de Gastroenterología, Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, Dr. Néstor Carlos Kirchner, Buenos Aires, República Argentina

* Autor para correspondencia. Calle 15 entre 74 y 75, número 2074, Ciudad de La Plata (CP 1900), Buenos Aires, Argentina. Teléfono: +54 221 4537904.
 Correo electrónico: maguidi71@yahoo.com.ar (M. Guidi).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.05.004>