

Síndrome de Bouveret: reporte de un caso

Báez-García JJ, Martínez-Hernández-Magro P, Iriarte-Gállego G.

Departamento de Cirugía Gastrointestinal del Hospital Guadalupano de Celaya. Celaya Gto. México.

Correspondencia: Dr. Paulino Martínez Hernández-Magro. Guadalupe No. 205-202. Colonia Centro. C.P. 38000, Celaya Guanajuato. México. Teléfono: (461) 6162123. Correo electrónico: paulinomhm@hotmail.com.

Fecha de recibido: 16 octubre 2007 • Fecha aprobado: 23 marzo 2009

Resumen

Objetivo: Presentar un caso raro de obstrucción duodenal, causada por un cálculo gigante impactado en el duodeno (síndrome de Bouveret) y discutir cuál es la mejor opción terapéutica para su tratamiento.

Introducción: El síndrome de Bouveret es la variedad menos común de presentación de un íleo biliar. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada y los síntomas principales simulan un cuadro de estenosis pilórica, presentándose náusea, vómitos, dolor epigástrico, y en ocasiones hematemesis por erosión de la mucosa duodenal. El diagnóstico se realiza por endoscopia y la litotricia endoscópica (mecánica o mediante láser) debe ser la primer línea de tratamiento; sin embargo, la cirugía está indicada cuando ésta falla o por complicaciones durante el procedimiento, con tasas de mortalidad y morbilidad altas.

Reporte del caso: Paciente femenino de 75 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión, que ingresa con un cuadro de 15 días de evolución con náuseas, vómitos, pérdida del apetito y dolor abdominal, en mal estado general y con evidencia de deshidratación secundaria, la paciente fue sometida una vez estable a endoscopia, encontrando obstrucción duodenal por impactación de un cálculo biliar grande. Los intentos de extracción endoscópica no fueron exitosos, por lo que la paciente fue sometida a cirugía realizándose duodenotomía y extracción del cálculo con

Abstract

Objective: To present a rare case of duodenal obstruction caused by an impacted gallstone (Bouveret's syndrome) and discusses the best therapeutic option for its resolution.

Background: Bouveret's syndrome is the less common presentation of a gallstone ileus. This syndrome is rare and predominates in elderly women; the main symptoms are nausea, vomiting, and epigastric pain, and sometimes hematoemesis, mimicking a pyloric stenosis. Diagnosis is made by endoscopy. Endoscopic lithotripsy must be the first-line treatment however surgery is indicated in case of failure or complication during the procedure. Morbidity and mortality rates are high.

Case report: We present a 75 years old, female patient, with history of diabetes mellitus and hypertension. With 15 days of nausea, vomiting, loss of appetite and abdominal pain, with secondary dehydration and bad general conditions. She was subjected to an endoscopy and a duodenal obstruction by a large gallstone was founded, the endoscopic attempts to extract the gallstone were unsuccessful and surgery was performed with a duodenotomy and two layer closure with good outcome. The patient was discharged on the 8th postoperative day.

Conclusions: Bouveret's syndrome is a rare variety of a gallstone ileus and must be considered like differential diagnosis in cases of gastric outlet obstruction.

cierre en dos planos con adecuada evolución posoperatoria. La paciente fue egresada al octavo día de internamiento en buenas condiciones.

Conclusiones: El síndrome de Bouveret es una rara variedad de íleo biliar y debe de ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial en caso de obstrucción del vaciamiento gástrico.

Palabras clave: síndrome de Bouveret, obstrucción duodenal, íleo biliar.

Key words: *Bouveret's syndrome, duodenal obstruction, gallstone ileus.*

Introducción

El síndrome de Bouveret es la presentación inusual de una obstrucción del vaciamiento gástrico causado por el paso de un gran cálculo biliar a través de una fístula colecistoduodenal, quedando éste impactado en el bulbo duodenal.¹⁻⁸

El íleo biliar fue descrito por primera vez por Bartolin en 1654 y Bouveret⁹ en 1896 reportó este tipo de íleo biliar que constituye la variedad menos común (1 a 3%),^{1,2} y cuya incidencia se incrementa significativamente con la edad, afectando mayormente a pacientes ancianos con enfermedades crónico-degenerativas y de alto riesgo. Existían menos de 175 casos reportados hasta el año 2000.¹⁰ Su presentación clínica simula una estenosis pilórica, con intolerancia a la vía oral, dolor abdominal en epigastrio, náuseas, vómito de contenido gástrico y en ocasiones sangrado de tubo digestivo proximal por erosión de la mucosa en el sitio de la obstrucción.^{5,11}

El objetivo del presente reporte es mostrar este tipo raro de íleo biliar y realizar un análisis, de cuál debe ser la mejor opción terapéutica con base en una extensa revisión de la literatura.

Presentación del caso

Se trata de paciente femenino de 75 años de edad, la cual acude al servicio de urgencias por presencia de vómitos en varias ocasiones de contenido gástrico, intolerancia a los alimentos, malestar generalizado y datos francos de deshidratación secundaria, con 15 días de evolución desde el inicio de su padecimiento. La paciente tiene antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y refiere gastritis crónica en tratamiento. A su ingreso se encuentra orientada, consciente y sin datos de alarma abdominal, por lo que

es internada para su estudio y estabilización con sospecha de cuadro de estenosis péptica pilórica. Se coloca sonda nasogástrica drenando aproximadamente 3 L de material gástrico espeso y restos de alimentos. Laboratorios a su ingreso con hemoglobina de 10 mg/dL, leucocitosis de 13,000 mm³, glucosa 96 mg/dL, urea 30 mg/dL, creatinina 1.8 mg/dL. Una vez con la paciente en mejores condiciones, se decide realizar panendoscopia encontrando un cálculo biliar gigante impactado en el bulbo duodenal (**Imágenes 1 y 2**) realizándose múltiples maniobras de extracción con pinzas de cuerpo extraño, las cuales no fueron exitosas. Se realizó ultrasonido demostrando la presencia del cálculo impactado en duodeno, no se apreció dilatación de vías biliares (**Imagen 3**). Con estos hallazgos se decide someter a la paciente a cirugía, encontrando la presencia de un cálculo biliar gigante dentro del bulbo duodenal con vesícula biliar escleroatrófica, se realiza duodenotomía y extracción del cálculo con duodenorrafia en 2 planos tipo Heineken-Mikulicz sin incidentes transoperatorios (**Imágenes 4, 5 y 6**) y con adecuada evolución, siendo egresada al octavo día del posoperatorio.

Discusión

La litiasis biliar es una patología frecuente que afecta al 10% de la población en general. Entre 20-30% de los pacientes con litiasis biliar presentarán cólico biliar, algunos de ellos complicados con colecistitis aguda, entre 3 al 7% tendrán pancreatitis aguda o colangitis aguda, del 0.7 al 1.4% presentarán obstrucción biliar por compresión extrínseca (síndrome de Mirizzi) y en menos del 1% de los pacientes la litiasis biliar se complica con una

Imagen 1.

Toma endoscópica que muestra la obstrucción duodenal por cálculo biliar.



Imagen 2.

Cálculo biliar impactado en duodeno.



Imagen 3.

Ultrasonido abdominal que demuestra la presencia de cálculo biliar.



Imagen 4.

Duodenotomía y extracción del cálculo biliar.



Imagen 5.

Duodenorrafia en 2 planos tipo Heineken-Mickulicz y parche de epiplón.

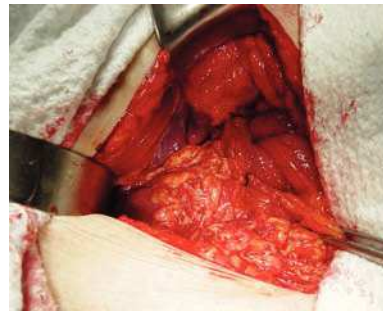


Imagen 6.

Cálculo una vez extraído.



fístula cuya consecuencia será el íleo biliar.¹ Se ha establecido que cuando los cálculos presentan un tamaño mayor de 2.5 cm suelen quedar impactados y ocasionan obstrucción intestinal,¹² el lugar más frecuente de impactación es el íleon terminal. Se puede producir una obstrucción duodenal (síndrome de Bouveret) entre un 1-3%.²

El síndrome de Bouveret típicamente se presenta en pacientes mayores de 60 años.^{13,14} Sólo en un tercio de los pacientes se muestra ictericia y alteración de pruebas de función hepática.¹⁵ Puede presentarse hemorragia digestiva como primer síntoma y generalmente es atribuida a compromiso de la mucosa duodenal debido a la impactación del cálculo.¹⁶

Los síntomas inician más tempranamente que en un cuadro de íleo biliar, ya que el sitio de obstrucción es proximal y puede cursar con nula o poca distensión abdominal y vómitos más frecuentes, que ocasionan alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base.^{2,17}

El diagnóstico diferencial de una obstrucción gástrica incluye: obstrucción por objetos extraños (bezoar, alimentos, e íleo biliar), úlcera péptica, tumoraciones benignas (pólipos, páncreas heterotópico, hamartomas, quistes, tumores mesenquimatosos), y tumores malignos (sarcoma, carcinoma, etcétera).^{2,18}

Una radiografía simple de abdomen puede poner de manifiesto la tríada clásica (neumobilia, obstrucción intestinal con dilatación gástrica importante y cálculo en posición aberrante); sin embargo, puede no ser evidente hasta en 50% de los pacientes.¹ El diagnóstico y tratamiento debe ser endoscópico,⁵ aunque hay sólo pocos reportes de casos tratados exitosamente mediante extracción endoscópica sola.¹⁹

La terapia de primera línea debe ser la fragmentación (litotricia con YAG láser, o fragmentación mecánica) que está recomendada principalmente a pacientes de alto riesgo quirúrgico; sin embargo, sólo ha sido eficaz en 10% de los pacientes y tiene el riesgo de producir una obstrucción distal cuando alguno de los fragmentos emigra hacia el íleon.²⁰ Cuando la litotricia falla o se presentan complicaciones durante el procedimiento, el manejo debe ser quirúrgico,³ con una morbilidad alta y mortalidad del 15 al 18%.^{1,21,22} La extensión del tratamiento quirúrgico con respecto de la fístula biliodigestiva se encuentra en controversia,^{4,21,23} los autores a favor de una cirugía mínima proponen que la resolución del cuadro obstructivo es todo lo que se requiere, otros argumentan que al mismo tiempo la vesícula biliar y el cierre de la fístula biliodigestiva deben ser removidas para evitar una recurrencia futura. Reisner reportó que la cirugía en un tiempo tiene asociada una mortalidad de 16.9% comparada con 11.7% de la simple enterolitotomía.²¹ Doko y cols., recomiendan que el procedimiento de elección para el tratamiento quirúrgico debe ser la simple enterolitotomía y reservarse el tratamiento en un solo tiempo para pacientes altamente seleccionados.²³

Se han propuesto abordajes de mínima invasión como cirugía intraluminal laparoscópicamente asistida para disminuir la tasa de complicaciones.⁴

La recurrencia de un íleo biliar al persistir la fístula es menor del 5%.²¹

No existe en la literatura una casuística amplia ni con un seguimiento a largo plazo de los pacientes, la mayor parte de los artículos revisados para realizar este reporte son informes de casos y el artículo con mayor número de éstos fue de 5, creemos que la conducta ideal deberá individualizarse según hallazgos, condiciones clínicas del paciente y experiencia del cirujano, en nuestra paciente no fue necesaria la colecistectomía y cierre de fístula, ya que la paciente tenía una vesícula escleroatrófica muy pequeña.

Conclusiones

El síndrome de Bouveret es un padecimiento raro y deberá tenerse en cuenta en pacientes con síntomas de obstrucción gástrica, el tratamiento idealmente debe ser endoscópico, pero si éste falla la cirugía está indicada.

Bibliografía

- Masannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol* 2006;12:2620-2621.
- López Martínez JA, Delgado-Carlo MM, Palacio-Vélez F *et al.* Síndrome de Bouveret. Reporte de un caso. *Cir Ciruj* 2004;72:317-322.
- Gencosmanoglu R, Inceoglu R, Baysal C *et al.* Bouveret's syndrome complicated by a distal gallstone ileus. *World J Gastroenterol* 2003;9:2873-2875.
- Malvaux P, Degolla R, De Saint-Hubert M *et al.* Laparoscopic treatment of a gastric outlet obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome). *Surg Endosc* 2002;16:1108-1109.
- Ezberci F, Kargi H, Ergin A. Gastric outlet obstruction by a gallstone (Bouveret's syndrome). *Surg Endosc* 2000;14:372.
- Marco Domenech SF, López Mut JV, Fernández García P *et al.* Síndrome de Bouveret: Los hallazgos clínicos y radiológicos. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:144-148.
- Castro S, Nadal A, Puerta S *et al.* Síndrome de Bouveret. *Cir Esp* 2006;79:193-195.
- Moschos J, Pilpilidis I, Antonopoulos Z *et al.* Complicated endoscopic management of Bouveret's syndrome. A case report and review. *Rom J Gastroenterol* 2005;14:75-77.
- Bouveret L. Stenose du pylore adherent a la vesicule calculeuse. *Rev Med (Paris)* 1896;16:1-6.
- Ariche A, Czeiger D, Gortzak Y *et al.* Gastric outlet obstruction by gallstone: Bouveret syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2000;35:781-783.
- Boldova Gil JI, Cabeza Lamban F, Loscertales Palomar P, Del Río Marco F. Obstrucción duodenal debida a un cálculo biliar (síndrome de Bouveret). *Rev Esp Enferm Dig* 1991;79:277-280.
- Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990;77:737-742.
- Rojas CJ, Cabané TP, Hernández JA *et al.* Síndrome de Bouveret: Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Chilena Cirugía* 2005;57:508-510.
- Ariche A, Czeiger D, Gortzak Y *et al.* Gastric outlet obstruction by gallstone: Bouveret syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2000;35:781-783.
- Vidal O, Seco JL, Alvarez A, Triñanes JP, *et al.* Bouveret syndrome: 5 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 1994;86:839-44.
- Heyd RL, Solinger MR, Howard AL, Rosser Jr. Acute upper gastrointestinal hemorrhage caused by gallstone impaction in the duodenal bulb. *Dig Dis Sci* 1992;37:452-455.
- Bhama JK, Ogren JW, Lee T, Fisher WE. Bouveret's syndrome. *Surgery* 2002;132:104-105.
- Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. *Radiographics* 2004;24:1171-1175.
- López Roses L, Toscazo J, Iñiguez F *et al.* Terapia endoscópica exitosa en un caso de síndrome de Bouveret. *Rev Esp Enferm Dig* 1994;85:483-485.
- Alsolaiman MM, Reitz C, Narras AT *et al.* Bouveret's syndrome complicated by distal gallstone ileus after laser lithotripsy using Holmium: Yag laser. *BMC Gastroenterol* 2002;2:15.
- Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60: 441-446.
- Rivera Irigoín R, Ubiña Aznar E, García Fernández G *et al.* Síndrome de Bouveret resuelto mediante litotricia mecánica endoscópica. *Rev Esp Enferm Dig* 2006;98:789-790.
- Doko M, Zovak M, Kopljar M *et al.* Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003;27:400-404.