

Síndrome de Bouveret. A propósito de un caso.

Bouveret syndrome: A case report.

Salazar Ray Martín*, Salazar Eduardo Angel.**

*Medico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

**Departamento de Cirugia, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor por asignatura del Departamento de Cirugia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

SUMMARY

A case of a 74 years old patient with duodenal gallstone ileus (Bouveret's syndrome) who had some uncommon aspects for this entity as to be of male sex, an abrupt onset of an upper intestinal obstruction with upper digestive bleeding and without antecedents of previous biliary disease, in presented. The surgical treatment was needed and consisted of a longitudinal duodenotomy, stone removal and transverse suture. The cholecystectomy and repair of the biliary fistula was deferred to be performed in an elective form. The patient was discharged on the seventh post operatory day in good condition. (*Rev Med Hered 1996; 7:142-145*).

KEY WORDS: Gallstone ileus, Bouveret's syndrome, duodenal obstruction.

INTRODUCCION

La obstrucción intestinal por cálculos biliares es una complicación poco frecuente de la litiasis vesicular. Cuando ocurre, en la mayoría de los casos la impactación se produce a nivel del íleon terminal o en la válvula ileocecal, lugares donde el diámetro del lumen intestinal es menor (1,2).

En raras ocasiones, sin embargo, la obstrucción ocurre en el duodeno dando lugar a una entidad clínica de obstrucción piloroduodenal descrito por primera vez en 1986 por el médico francés León Bouveret que presentó dos casos de fallecieron luego de cirugía (3,4). Actualmente a esta entidad se le conoce con el nombre de síndrome de Bouveret y está asociado a fístula colecisto-duodenal (2,4).

Esta patología es poco frecuente habiéndose publicado sólo alrededor de 200 casos en la literatura mundial (5), siendo una entidad clínico-quirúrgica de diagnóstico difícil que se presenta generalmente en mujeres de avanzada edad y en mal estado general y con desequilibrio hidroelectrolítico y enfermedades de fondo coadyuvantes.

En el presente trabajo tiene la finalidad de presentar un caso de síndrome de Bouveret con algunas características peculiares, así como de revisar la literatura médica actualizada en referencia a esta patología.

Caso Clínico

Varón de 74 años sin antecedentes mórbidos de importancia ni historia biliar previa, que acudió al servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma con historia de tres días de dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, acompañado de náuseas y vómitos persistentes de carácter bilioso y luego alimenticio con rasgos de sangre y el día previo a su ingreso presentó estreñimiento.

Al examen clínico estaba en regular estado general, con deshidratación moderada, anictérico y con palidez de mucosas. El examen cardiovascular y respiratorio fue normal. El abdomen presenta resistencia a la palpación en hemiabdomen superior, disminución de los ruidos hidroaéros y se palpaba una tumoración dolorosa en el epigastrio, que impresionaba ser dependiente del estómago.

Los exámenes de laboratorio mostraron, electrolitos, glicemia y perfil hepático en valores normales. La ecografía abdominal reveló que el área vesicular era de aspecto heterogéneo, con ecos de densidad litiásica y algunos de ecogenicidad gaseosa en su interior, con pared vesicular engrosada, presencia de nódulo sólido paravesicular engrosada, presencia de nódulo sólido paravesicular y colédoco de 6 mm, acompañado de estómago distendido con retención de líquidos y alimentos, llegando el borde inferior del estómago cerca de la línea umbilical. La endoscopia digestiva alta mostró la presencia de un gran cálculo impactado en el bulbo duodenal más gastritis crónica moderada, esofagitis grado III y una lesión corporal elevada tipo Yamada II.

El paciente fue sometido a una laparotomía con una incisión paramediana derecha supraumbilical (PMDSU), abierto el peritoneo se encontró una gran masa intraduodenal que no era posible desplazar ni hacia el estómago ni en sentido distal. Se realizó una duodenotomía con pilorotomía longitudinal extrayéndose con dificultad un cálculo biliar de 5 x 5 x 6 cm de tamaño; luego se procedió a suturar el duodeno en dos planos en sentido transversal. A la palpación de la vesícula no se encontró cálculos dentro de ella, tampoco en el resto del intestino. Se decidió dejar la fístula colecistoduodenal para luego proceder a cerrar la incisión y colocar un dren Pen Rose en el sub hepático derecho con salida ipsilateral.

La evolución post-operatoria fue buena, se realimentó al paciente a los cuatro días. El paciente fue dado de alta en excelentes condiciones a los siete días posteriores a la intervención quirúrgica.

DISCUSION

El íleo biliar constituye la causa de 1 a 3% de los casos de obstrucción mecánica del intestino, ascendiendo este porcentaje a 25% en pacientes mayores de 65 años (5,6).

El Síndrome de Bouveret representa el 10% de los casos de íleo biliar y generalmente se trata de cálculos de gran tamaño que emigran desde la vesícula o colédoco a través de una fístula y se enclavan en el bulbo o la segunda porción duodenal. Este síndrome predomina en mujeres, encontrándose una relación mujer/hombre de 7 a 1, además es más frecuente en la sexta y la séptima década de la vida dando una edad media de 76.6 años (7). El 60-80% de los pacientes tienen historia previa de patología biliar calculosa, generalmente en forma de cólico biliar (8).

Dada la edad elevada de presentación de los pacientes con síndrome de Bouveret, es frecuente la asociación con enfermedades cardiovasculares en 50-63% y con diabetes mellitus en 16-50% (7). Las características más saltantes del paciente descrito son: el ser de sexo masculino, de carecer de antecedentes biliares y no presentar asociación con ninguna enfermedad concomitante lo que disminuyó los riesgos.

El cuadro clínico del Síndrome de Bouveret es debido a la patología biliar litiásica y al cuadro obstructivo. Los síntomas predominantes en el 90 a 98% de los casos son los episodios de vómitos postprandiales precoces asociado a dolor abdominal. El dolor es de tipo cólico principalmente debido al peristaltismo de lucha y se localiza a nivel del epigastrio e hipocondrio derecho. Los vómitos son biliosos si la obstrucción es distal a la ampolla de Vater o alimenticio (sin bilis) si la impactación del cálculo es supravateriana.

La hemorragia digestiva alta puede presentarse como primera manifestación, observándose hematemesis (como en nuestro paciente) o melena. Este sangrado es resultado de la instauración de la fístula o ulceración y erosión del canal pilórico y del duodeno producido por el cálculo (9). La ictericia y la fiebre son poco frecuente, presentándose en 6 a 15% de los pacientes (10). En el 30-40%, se puede encontrar una masa palpable en el hipocondrio derecho o en epigastrio, como ocurrió en nuestro caso.

El diagnóstico debe ser sospechado ante la evidencia de una obstrucción alta del tracto digestivo, en especial si coincide con patología o antecedente biliar.

La radiografía simple del abdomen aporta datos para el diagnóstico, siendo las características radiológicas del síndrome de Bouveret: 1) Aerobilia; 2) Imagen de cálculo; 3) Distensión gástrica y duodenal; 4) Niveles hidroaéreos proximal a la obstrucción y 5) Escasa cantidad de aire y líquido distalmente (7).

La ecografía puede revelar imágenes ecorefringentes fuera de la vesícula, litiasis o barro biliar, así como aire intravesicular, pero pocas veces aporta datos relevantes, lo mismo ocurre con la tomografía axial computarizada.

La endoscopia constituye el método ideal para diagnosticar el íleo biliar duodenal, generalmente se demuestra la presencia de un cuerpo extraño de consistencia dura y forma ovoide o redondeada, ocupando toda luz duodenal e impidiendo el paso del endoscopio (11).

Los procedimientos endoscópicos también pueden ser usados como tratamiento definitivo mediante el procedimiento de extracción endoscópica, el que se aconseja en pacientes de edad muy avanzada o de alto riesgo quirúrgico; el éxito de estas maniobras depende del tamaño del cálculo (< de 6 mm), de la fijación de este a la fístula y de las características del duodeno, además de la experiencia y habilidad del endoscopista (11,12).

Diversos autores han descrito como alternativa la litotripsia endoscópica electrohidráulica o con láser y que podría ser de utilidad al fragmentar el cálculo y permitir con ello su extracción. En el mismo sentido se ha sugerido que la litotripsia extracorpórea con ondas de choque podría resolver los cuadros obstructivos (12).

En la literatura se recomienda que si fracasa el intento endoscópico, la intervención quirúrgica es el procedimiento de elección. En estos casos la primera actitud previa a la operación, es mejorar el estado general del paciente con miras a poder afrontar con garantía la intervención quirúrgica (13).

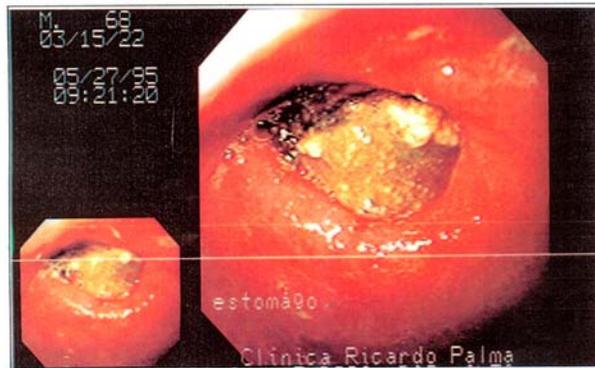
Sobre el tratamiento quirúrgico existe controversia en relación a efectuarlo en una sola etapa, resolviendo en el mismo acto la obstrucción digestiva y la patología biliar, o por el contrario plantear la cirugía en dos tiempos, solucionando en un primer tiempo el proceso obstructivo y dejando para más adelante la actuación sobre la vía biliar (8).

El tratamiento en dos tiempos se basa en que la intervención de urgencia el paciente suele presentar malas condiciones generales para prologar la operación y por otro lado no ser considerado necesario intervenir la fístula biliodigestiva dado que ésta puede no producir síntomas o incluso cerrarse espontáneamente, lo que sería la evolución natural para algunos (8).

En cambio, el tratamiento en un solo tiempo, se sustenta en que la permanencia de la fístula biliodigestiva abierta facilita el desarrollo de cuadros de dispepsia biliar, conlangitis, instauración de íleo biliar recurrente y una mayor incidencia de malignización vesicular (8,14). En el paciente que presentamos se intentó realizar la extracción mecánica del cálculo por vía endoscópica siendo infructuoso debido a la impactación del cálculo en el bulbo duodenal la cual fue evidenciada durante la laparotomía donde se realizaron maniobras para su movilización y ante el peligro de ruptura duodenal, se tuvo que realizar duodenotomía y pilotomía longitudinal, extramienda en la literatura (15,16). Para evitar aumentar los riesgos al paciente, no se realizó el tratamiento definitivo de la fístula bulbo duodenal y la colecistectomía, dejándose el problema biliar para realizarlo en forma electiva.

La complicación post-operatoria más frecuente es la infección de herida operatoria, aunque ha disminuido de 40% al 11%, merced a un tratamiento antibiótico adecuada (17).

La mortalidad derivada de la intervención varía entre 7 a 16% y se eleva al 25% en los pacientes mayores de 65 (18). Actualmente diversos autores reportan que ha disminuido la tasa de mortalidad oscilando entre 4.5 a 5%. Esto debido en gran parte al diagnóstico precoz (17) (Figura N°1).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabiston D. Ileo biliar y fístula biliares. En: Tratado de patología quirúrgica. Mexico DF: Mc Graw-Hill. Interamericana. 1986. p. 1181.
2. Schwartz S, Shires G. Fístula biliar y íleo por cálculo biliar. En: Principios de cirugía. México DF :Mc Graw-Hill. Interamericana; 1988.p. 1320-1321.
3. Schwartz S, Ellis H. Fístula biliar y íleo biliar. En: Operaciones abdominales. Buenos Aires: Panamericana; 1986.p. 705-717.
4. De la Fuente H, Guzmán S, Llanos O, Ibáñez L, Ross M. Obstrucción duodenal por cálculo biliar (Síndrome de Bouveret) caso clínico. Rev Med Chile 1989; 117: 785-788.
5. Silva G. Síndrome de Bouveret. Arq gastroenterol 1986; 23: 108-111.
6. Saad R, Dorgan V, Athie E. Síndrome de Bouveret. An paul med cir 1983 ; 110: 19-24.
7. Vidarte O, Vergara J. Ileo biliar duodenal: Síndrome de Bouveret. Cirujano 1990; 6: 20-22.
8. Vidal O, Seco J, Alvarez A, Triñanes J, Serrano L, Serrano S. Síndrome de Bouveret: cinco casos. Rev Esp Enf Digest 1994; 86: 839-844.
9. Salah A, Ibrahim M, Alapati R, Muslah S, Schubert T, Schuman B. The Bouveret Syndrome An unusual cause of hematemesis. Henry Ford Hosp Med J 1990; 38: 52-54.
10. Kafruni Y, Poleo J, Veitia G et al. Obstrucción piloroduodenal. Síndrome de Bouveret. Revista de la sociedad venezolana de gastroenterología 1989; 43: 298-300.
11. Cooper S, Shermann S, Steindhardt J, Wilson J, Richmann A. Bouveret's syndrome Diagnostic considerations. JAMA 1987; 258: 226-228.
12. López L, Toscano J, Iñiguez F, Santos E, Pérez A. Terapéutica endoscópica eficaz en un caso de síndrome de Bouveret. Rev Esp Enf Digest 1994; 85: 483-485.
13. Bengochea E, López S, Belmonte A, et al. Síndrome de Bouveret. Tratamiento mediante nutrición parenteral y enterotomía retardada. Cir Esp 1992; 52: 460-461.
14. Rivera J, Giner M, Martín J, Cornejo F. Ileo biliar. A propósito de un caso de localización duodenal. Cir Esp 1990; 67: 206-210.
15. Nyhus LI, Backus R. Técnica quirúrgica en la obstrucción de intestino delgado. En Dominio de la cirugía. Panamericana Buenos Aires, 1986. 1192-1193.

16. Blumgart L. Ileo Biliar. En: Cirugía del hígado y de las vías biliares. Panamericana. Buenos Aires. 1990; 910-918.

17. Alvarez JA, González JJ, Granero JE, Aza J, Estrada L. Síndrome de Bouveret: aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. Rev Esp Enf Ap Digest 1987; 72: 161-164.

18. Gastaminza R, Bielsa M, Ingelmo A, Aguidella V, Martínez M. Síndrome de Bouveret. Aportación de un nuevo caso. Rev Esp Enf Ap Digest 1984; 65: 259-263.

Correspondencia:

Dr. Eduardo Salazar Minaya
Avenida Tomás Marsano 4141,
Urb. Vista Alegre
Surco – Lima.