

## SÍNDROME DE BOUVERET EN UN PACIENTE DE ALTO RIESGO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

### BOUVERET SYNDROME IN A HIGH RISK PATIENT. DIAGNOSIS AND TREATMENT

DANIELA ISABEL REYNOSO<sup>1</sup>, DAVID MARTÍNEZ RAMOS<sup>2</sup>, JOSÉ LUIS SALVADOR SANCHIS<sup>2</sup>,  
ANA E. HERFARTH<sup>2</sup>, CONSUELO SUELVES<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Médicas, Santa Fe, Argentina.

<sup>2</sup> Hospital General de Castellón, Servicio de Cirugía General, Castellón, España

E-mail: davidmartinez@comcas.es / danielareynoso3@hotmail.com

#### RESUMEN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Puede manifestarse de formas variadas según el sitio de obstrucción y las características del paciente. Cuando la obstrucción se localiza a nivel duodenal, bloqueando el paso del contenido gástrico, se trata de una entidad denominada síndrome de Bouveret. Este trabajo presenta el caso de una paciente de 93 años de edad, con alto riesgo quirúrgico y clínica compatible con obstrucción intestinal a nivel duodenal, diagnosticada y tratada con éxito como un síndrome de Bouveret. Además se presenta una revisión de este síndrome, tanto en su génesis como en su resolución, indicando también diferentes métodos para arribar a su diagnóstico y los abordajes quirúrgicos posibles.

**PALABRAS CLAVE:** Oclusión intestinal, íleo biliar.

#### ABSTRACT

Gallstone ileus is an uncommon cause of intestinal obstruction. It can manifest itself in various shapes according to the site of obstruction and patient characteristics. When the obstruction is located at the duodenum, blocking the passage of gastric contents, it is an entity called Bouveret syndrome. This work presents the case of a 93-year-old woman, with high-risk surgical and clinical support at duodenal bowel obstruction that was diagnosed and successfully treated as a Bouveret syndrome. Furthermore, a review of the syndrome is shown, both in its genesis and in its resolution, also evaluating different methods to give a diagnosis and possible surgical approaches.

**KEY WORDS:** Intestinal occlusion, gallstone ileus.

#### INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal que puede manifestarse de formas variadas según el sitio de la obstrucción y las características del paciente. Cuando la litiasis causante de la obstrucción se localiza en el duodeno el cuadro clínico se denomina síndrome de Bouveret (Martínez-Ramos *et al.* 2009). El síndrome de Bouveret es, por tanto, una causa infrecuente de obstrucción intestinal, que es necesario conocer pues representa un importante reto diagnóstico y terapéutico que se produce, generalmente, en pacientes añosos y de alto riesgo (López Martínez *et al.* 2004). En este trabajo se presenta el caso de una paciente de género femenino y edad avanzada, que debutó con clínica compatible con obstrucción intestinal, a nivel duodenal, diagnosticada y tratada como un síndrome de Bouveret. Se presenta una revisión de este síndrome, con especial énfasis en los caminos para arribar a su diagnóstico y resolución, teniendo en cuenta las características clínicas del paciente.

#### REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 93 años de edad, sin hábitos tóxicos, diabética, dislipémica, hipertensa, con glaucoma,

coxartrosis e insuficiencia renal, que acudió a urgencias por malestar general y vómitos de dos días de evolución. La exploración física destacó dolor selectivo en región de hipocondrio derecho, con defensa a la palpación y signo de Murphy positivo. En la analítica sanguínea se observaron valores de leucocitos 9,0  $\mu$ /L, neutrófilos 85,8%, LDH de 1.531 UI/L, GOT 55 UI/L, GPT 22 UI/L, PCR 132,93 mg/L. En la radiografía abdominal se apreció distensión de la cámara gástrica y en el área de la vesícula biliar, en hipocondrio derecho, imagen radiolúcida redondeada que podría corresponder con aire en vesícula biliar, asociado a imagen radioopaca interpuesta sobre segunda vértebra lumbar correspondiente a litiasis. La ecografía abdominal mostró imagen radioopaca redondeada de aproximadamente 43 mm interpuesta sobre la segunda vértebra lumbar, asociada con gran distensión de la cámara gástrica y neumobilia (Fig. 1). Con la sospecha diagnóstica de íleo biliar, se realizó tomografía computadorizada (TAC), evidenciando fístula colecistoentérica e impactación de gran litiasis biliar (4 x 4 cm) en duodeno (Fig. 2). Asimismo, se distinguió gran dilatación gástrica retrograda, y colédoco de 1,3 cm con mínima dilación de vía biliar intrahepática a nivel central. Tras evaluar los riesgos quirúrgicos debidos a la edad y los antecedentes de la paciente, así como los

riesgos que provienen de no realizar la desobstrucción, se decidió intervenir quirúrgicamente con carácter urgente. Bajo anestesia general, se realizó pilorotomía abierta por laparotomía media xifoumbilical, observando distensión gástrica importante y palpando a nivel del píloro implantación de litiasis que ocasionaba la obstrucción. Se realizó apertura pilórica sobre zona de litiasis con extracción de la misma (Fig. 3); finalmente con cierre del orificio con puntos sueltos de seda. El postoperatorio transcurrió sin incidencias destacables.



Figura 1. Ecografía abdominal, con vesícula biliar distendida, imágenes hiperecogénicas en porciones proximales al transductor y cálculo de gran tamaño impactado a nivel duodenal.



Figura 2. TAC abdominopélvica con fistula colecistoentérica, imputación de gran litiasis biliar (4 x 4 cm) calcificada en duodeno y severa dilatación gástrica retrógrada (síndrome de Bouveret).



Figura 3. Extracción del cálculo a través de enterotomía realizada en el duodeno

## Comentarios

Los cálculos biliares generalmente se forman en la vesícula biliar, pero pueden hacerlo en cualquier nivel del árbol biliar, o bien migrar desde su sitio de origen a otro lugar. De todos los cálculos que migran, solamente un bajo porcentaje llevará a un cuadro clínico obstructivo. Cuando la migración del cálculo impacta a nivel intestinal se trata de una entidad denominada íleo biliar y, por lo general, ello ocurre a través de una fístula bilioentérica, siendo la más frecuente la colecistoduodenal (Rojas *et al.* 2005). Esta fístula es causada por el proceso inflamatorio pericolecístico continuo, provocado por la colelitiasis, llevando a adherencias entre la vesícula y el intestino con posterior necrosis causada por la presión ejercida por el cálculo contra la pared vesicular. El íleo biliar también puede ocurrir ocasionalmente luego de una esfinterotomía endoscópica. Cuando la obstrucción se localiza a nivel duodenal, tapando el paso del contenido gástrico, el cuadro clínico se denomina síndrome de Bouveret, en alusión a León Bouveret quien realizó el primer diagnóstico de dicha entidad en 1893 (Álvarez Chica *et al.* 2010).

El síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de obstrucción intestinal pero de suma importancia debido a la gravedad del mismo. Esta entidad es mucho más frecuente en el género femenino, de edad avanzada, mayores de 60 años con historia de enfermedad biliar y episodios previos de colecistitis aguda (Hayton 2004). Se asocia frecuentemente a una fístula bilioentérica que permite el paso del cálculo a la vía digestiva, obstruyendo en duodeno o píloro; por lo tanto ocasionando el síndrome. Como en el caso presentado, se manifiesta con cuadros meramente obstructivos, con un síndrome de retención gástrica acompañado de vómitos de contenido alimentario o bilioso, lesiones esofágicas por emesis intensas, dolor abdominal y distensión gástrica, pudiendo encontrarse ictericia y alteraciones de las pruebas hepáticas en un tercio de los pacientes. En casos más graves puede manifestarse como hemorragia digestiva alta causada por el compromiso de la pared duodenal producto del atascamiento del cálculo. El paciente puede impresionar gravemente enfermo, con dolor, fiebre o deshidratación, o bien manifestar solamente un cuadro de menor magnitud (Iñiguez *et al.* 2008). Existe una manifestación clínica típica conocida en inglés como *tumbling*, donde el cuadro clínico de íleo biliar se caracteriza por dolor abdominal subagudo y vómitos, que alivia cuando el cálculo migra, y así vuelve a obstruir distalmente ocasionando nuevamente la sintomatología (Martínez-Ramos *et al.* 2009).

Ante la sospecha clínica de síndrome de Bouveret es de

gran valor contar con métodos por imagen, que ayudarían a esclarecer la causa de la obstrucción, localizar el nivel de la obstrucción y plantear las opciones terapéuticas. Para ello se utilizaría la radiografía de abdomen simple, observando en la misma la triada de Rigler (distensión gástrica, aerobilia y cálculo biliar ectópico). La ecografía abdominal permitiría reconocer, si es que existe, el camino fistuloso, los cálculos y la coledocolitiasis. La TAC abdominal visualizaría la discontinuidad del tránsito, indicando a su vez, la necesidad de practicar una endoscopia digestiva alta (Rojas-Rojas *et al.* 2012). La resolución quirúrgica es el método de elección para resolver el cuadro obstructivo, pudiendo ésta efectuarse de diferentes maneras según la presentación del cuadro clínico y las características del paciente. Si el paciente se encuentra estable podría intentarse la extracción del cálculo mediante endoscópica, con el inconveniente de no poder reparar la fistula, además de las dificultades para extraer los cálculos de gran tamaño como el aquí presentado. Otra alternativa, correspondería a realizar enterotomía y extracción del cálculo o enterotomía y colecistectomía con reparación de la fistula en el mismo acto operatorio (Paiva-Coronel *et al.* 2010). Es importante tener en cuenta que el hecho de no cerrar la fistula expone al paciente a riesgos posteriores, entre los cuales podrían ocurrir nuevos episodios de colecistitis, colangitis, un segundo íleo biliar, hemorragia digestiva alta, carcinoma vesicular, entre otros (Álvarez Chica *et al.* 2010). Sin embargo, el número de complicaciones postoperatorias es mayor cuando se repara la fistula en el mismo acto quirúrgico, debido a la dificultad técnica que se plantea en casos de inflamación aguda. Por todo ello, la decisión de reparar o no la fistula estará condicionada por las características del paciente y con los hallazgos quirúrgicos. En el caso aquí tratado, debido a la elevada comorbilidad de la paciente y la zona inflamatoria local se optó por no abordar el tratamiento de la fistula, realizando únicamente la extracción del cálculo por enterotomía.

En resumen, el síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de obstrucción intestinal secundaria a litiasis biliar obstruida en el duodeno. Sin embargo, la necesidad de un diagnóstico y un tratamiento oportuno son esenciales ya que su demora podría llevar al paciente a un estado de mayor gravedad. Por ello, es necesario sospechar esta entidad en personas con cuadro clínico de obstrucción

intestinal a nivel duodenal, especialmente si existen antecedentes de litiasis biliar o factores de riesgo para las mismas.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ CHICA LF, BEJARANO CUÉLLAR W, ROJAS CARDOZO OL. 2010. Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto. Descripción de dos casos y revisión de la literatura. *Rev. Col. Gastroenterol.* 25(1):86-93.
- INÍGUEZ A, BUTTE JM, ZÚÑIGA JM, CROVARI F, LLANOS O. 2008. Síndrome de Bouveret. Resolución endoscópica y quirúrgica de cuatro casos clínicos. *Rev. Méd. Chile.* 136(2):163-168.
- LÓPEZ-MARTÍNEZ JA, DELGADO-CARLO MM, PALACIO-VÉLEZ F, ARENAS-ESPINO G, GRANJA-POSADA E, SENADO-LARA I, GARCÍA-ALVARADO L. 2004. Síndrome de Bouveret. Reporte de un caso. *Cir. Ciruj.* 72(4):317-322.
- MARSCHALL J, HAYTON S. 2004. Bouveret's syndrome. *Am. J. Surg.* 187(4):547-548.
- MARTÍNEZ-RAMOS D, DAROCA-JOSÉ JM, ESCRIG-SOS J, PAIVA-CORONEL G, ALCALDE-SÁNCHEZ M, SALVADOR-SANCHIS JL. 2009. Íleo biliar: Opciones terapéuticas y resultados en una serie de 40 casos. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 101(2):117-124.
- PAIVA-CORONEL AG, MARTÍNEZ-RAMOS D, COSA-RODRÍGUEZ R, SALVADOR-SANCHIS JL. 2010. Íleo biliar: abordaje asistido por laparoscopia. *Cir. Esp.* 87(4):255-256.
- ROJAS J, CABANÉ P, HERNÁNDEZ JA, DÍAZ C, VIDAL A. 2005. Síndrome de Bouveret: Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev. Chilena Cir.* 57(6):508-510.
- ROJAS-ROJAS DJ, MARTÍNEZ-ORDAZ JL, ROMERO-HERNÁNDEZ T. 2012. Íleo biliar. Experiencia de 10 años. Serie de casos. *Cir. Cir.* 80(3):228-232.