



P-244 - SÍNDROME DE BOUVERET. UNA FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DEL ÍLEO BILIAR

F.J. Espinosa López, Á. de Paco Navarro, J.C. Castañer Ramón-Llin, E. Romera Barba, M.I. Navarro García, S. Gálvez Pastor, M.J. Carrillo López y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Objetivos: El íleo biliar es un tipo de obstrucción intestinal secundaria al paso de un cálculo a través de una fístula bilio-digestiva. La fístula bilio-digestiva es una complicación muy poco frecuente que afecta al 1% de los pacientes con cálculos biliares. A su vez, sólo en 15% de estos pacientes desarrollará síntomas obstructivos por cálculos biliares. Se ha estimado que el tamaño mínimo de un cálculo para producir un cuadro obstructivo es de 2,5 centímetros. De todos los casos de obstrucción intestinal, sólo el 1%-3% son debidos a un íleo biliar.

Caso clínico: Mujer de 75 años que consulta en Urgencias por dolor abdominal, náuseas, diarrea y una pérdida de peso asociada de 9 kilos en los últimos 4 meses. Diabetes mellitus II e hipercolesterolemia como únicos antecedentes y en estudio en centro privado por sospecha de colangitis autoinmune. Ingresa en el Servicio de Digestivo donde se realiza TAC abdominal que informa de fístula bilio-digestiva, quistes hidatídicos calcificados y colapso de la primera y segunda porción duodenales con gran cálculo en su interior que condiciona estómago de retención. En la colonoscopia llama la atención una lesión excrecente estenosante de 3 cm en íleon terminal. Se deriva a la paciente a nuestro Servicio para intervención quirúrgica, hallando en quirófano una fístula colecisto-gástrica y obstrucción gástrica por cálculo duodenal mayor de 7 cm. El anejo derecho se encuentra irregularmente engrosado con nódulos milimétricos en el peritoneo pélvico. Se realiza anexectomía derecha, hemicolectomía derecha y antrectomía con resección de la primera porción duodenal. El análisis anatómo-patológico informó de carcinoma neuroendocrino de íleon bien diferenciado con metástasis en ovario de 2,5 cm y en linfáticos de la subserosa de vesícula biliar, duodeno, estómago y trompa de Falopio.

Discusión: Descrito por primera vez en 1896, el síndrome de Bouveret es una rara entidad clínica consistente en una obstrucción duodenal secundaria al paso de cálculos desde la vesícula biliar al duodeno, a través de una fístula colecisto o colédoco-duodenal. Representa la forma menos frecuente de presentación del íleo biliar, constituyendo únicamente del 1% al 3% de estos casos. Es más frecuente en el sexo femenino, en pacientes de edad avanzada y con comorbilidades crónicas asociadas. La mortalidad ronda el 15%. Suele presentarse como un cuadro de obstrucción gástrica de rápida evolución sin distensión abdominal, hechos que lo diferencian de la obstrucción intestinal distal. Las pruebas de imagen habituales como la radiografía o la TAC nos permiten en algunos casos el diagnóstico del íleo biliar por la presencia de la tríada de Rigler: signos de obstrucción

intestinal, pneumobilia y cálculo en posición no habitual. Sin embargo la prueba diagnóstica de elección es la endoscopia, que además constituye la primera línea del tratamiento, sobre todo en pacientes con alto riesgo quirúrgico. La cirugía sólo se realiza ante fallo o imposibilidad del tratamiento endoscópico por la presencia de cálculos de gran tamaño o impactados.