



P-264 - Síndrome de Bouveret asociado a perforación duodenal y vesicular al retroperitoneo

Vieiro Medina, María Victoria; Gómez Sanz, Ramón; Bra Insa, Eneida; Domínguez Sánchez, Iván; de la Fuente Bartolomé, Marta; Díaz Pérez, David; Nutu, Oana Anisa; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret es una rara forma de presentación del íleo biliar donde la existencia de una fístula colecistoduodenal o colecistogástrica permite el paso de los cálculos y su posterior impactación en el duodeno. Presentamos el que puede ser el primer caso publicado de síndrome de Bouveret complicado con perforación libre duodenal y vesicular a retroperitoneo a nivel del punto de tránsito colecistoduodenal.

Caso clínico: Mujer de 69 años con antecedente de hipertensión arterial, que llevaba dos meses en lista de espera quirúrgica para colecistectomía laparoscópica por colelitiasis de gran tamaño (3-4 cm) diagnosticada tras episodio pancreatitis aguda. La paciente acudió urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 24 horas de evolución. En los análisis sólo destacaba amilasa de 684 U/l y leve leucocitosis (13.900) con neutrofilia de 83,8%. Radiografía normal. La paciente fue ingresada con el diagnóstico de pancreatitis aguda litiasica. Durante su hospitalización presentó evolución tórpida con empeoramiento del dolor abdominal y vómitos incoercibles a pesar de la colocación de sonda nasogástrica. A las 72 horas se realiza TAC abdominal donde se evidenció gran litiasis biliar parcialmente calcificada de 4,2 × 2,8 cm enclavada en la tercera porción duodenal, con importante dilatación retrógrada gastro-duodenal. Se observó además un posible punto de fistulización con defecto mural de 15 mm entre el infundíbulo vesicular y la primera porción duodenal. Vesícula colapsada y engrosada difusamente, aerobilia y retroneumoperitoneo que sugería perforación duodenal. Ante estos hallazgos se decidió cirugía urgente. Mediante laparotomía subcostal derecha y un Kocher amplio, se encontró líquido libre gastro-biliar y fibrina en espacio supramesocólico, plastrón vesicular perforado y orificio duodenal de 2 cm al mismo nivel (primera porción), ambos orificios con comunicación al retroperitoneo. Desbridamiento, aspiración de líquido y lavado retroperitoneal sin evidenciar otro punto de perforación. Gran cálculo enclavado en la tercera porción duodenal y para su extracción, al no poder llevarlo hacia la perforación duodenal, se progresó 15 cm más allá del ángulo de Treitz y se extrajo por enterotomía. El orificio de fistulización duodenal se reparó mediante sutura transversa en dos planos con material monofilamento reabsorbible y epiploplastia. Debido al plastrón inflamatorio y perforación de la vesícula se tuvo que realizar una dificultosa colecistectomía. Lavado y colocación de dos drenajes tipo penrose en el retroperitoneo y ambiente de reparación duodenal. La evolución fue favorable.

Discusión: El síndrome de Bouveret se debe sospechar en aquellos pacientes con síntomas de

obstrucción intestinal alta y antecedente de patología biliar con grandes cálculos. El diagnóstico precoz es sumamente importante por su alta mortalidad ya que este afecta preferentemente a pacientes ancianos con numerosas comorbilidades. El tratamiento de este síndrome es principalmente quirúrgico, aunque actualmente se está realizando tratamiento endoscópico de primera línea en pacientes muy seleccionados. En nuestra paciente estaba contraindicado por la presencia de perforación duodenal al retroperitoneo en el punto de fístulización, por lo que la vía quirúrgica fue la única alternativa terapéutica, resolviendo el cuadro obstructivo con enterolitotomía, asociando colecistectomía, cierre del defecto duodenal, lavado y drenaje del retroperitoneo.