



## V-080 - SÍNDROME DE BOUVERET. MANEJO LAPAROSCÓPICO

García Sánchez, Felipe; Gómez Ruiz, Lourdes; Calderón Duque, Teresa; Carballo López, María del Carmen; Broekhuizen Benítez, Javier; Cano Pecharromán, Esther María; Martínez, Sagrario

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de Bouveret es una complicación muy rara de la coledocistitis (0,3-0,5%). Variante infrecuente del íleo biliar (3-6%). Supone el paso de una litiasis biliar al duodeno a través de una fístula bilioentérica (colecistoduodenal en un 60%). El cálculo impacta en duodeno y produce obstrucción intestinal. Con una morbilidad del 60% y una mortalidad en torno al 20%, el infradiagnóstico repercute en ello, debido a la inespecificidad de la clínica y los hallazgos de laboratorio. Entre los factores de riesgos destacan: coledocistitis sintomáticas, género femenino y edad (> 60 años). Ictericia y/o coledocistitis previas (43-68%). Tríada de Rigler en las pruebas radiológicas (obstrucción intestinal, neumobilia y cálculo biliar ectópico).

**Objetivos:** Conocer la existencia del proceso, presentación clínica y prevalencia. Saber que es una complicación de coledocistitis infrecuente pero grave. Ver el manejo laparoscópico y sus ventajas. Conocer la importancia de la terapéutica individualizada a cada paciente.

**Caso clínico:** Varón de 78 años sin alergias conocidas y antecedentes de dislipemia y cólicos biliares de repetición, a la espera de colecistectomía laparoscópica. Acude a urgencias en varias ocasiones por dolor en hipocondrio derecho y vómitos, siendo diagnosticado de cólico biliar. Acude de nuevo por empeoramiento clínico. A la exploración, TA de 146/81 y FC 81, afebril. Abdomen distendido, blando, con dolor en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. SNG con 1.000 cc gástrico. Analítica con ligera neutrofilia (82,4% N), resto de hemograma y coagulación normal, bioquímica normal salvo PCR 22,7. Radiografía de abdomen y tórax anodinas. En la TC abdominal se aprecia gran distensión de cámara gástrica con obstrucción a nivel del bulbo duodenal, se identifica una litiasis impactada de unos 3 x 5 cm, secundaria al paso a través de una fístula colecistoentérica. Vesícula sin paredes engrosadas y con aerobilia. Hallazgos sugestivos de síndrome de Bouveret-obstrucción intestinal. Se realiza pilorotomía, extracción de litiasis y piloroplastia laparoscópica. Se evidencian adherencias inflamatorias epiploicas en bulbo duodenal, vesícula escleroatrófica. Se realiza adhesiolisis, pilorotomía para intentar extraer el cálculo sin éxito, se decide ampliación de trócar en HCI y extracción manual de litiasis. Se continúa tiempo laparoscópico, realizándose piloroplastia transversal con dos v-lock 3/0 y refuerzo con puntos sueltos de vicryl 2/0. Se comprueba estanqueidad con azul de metileno. Lavado con suero. Se inicia tolerancia al cuarto día, adecuada tolerancia y tránsito gastrointestinal. Control analgésico oral, adecuada ambulancia y alta al séptimo día.

**Discusión:** Es importante saber que los cálculos biliares pueden migrar al intestino ocasionando cuadros obstructivos. Sospechar el diagnóstico en pacientes con clínica y exploración obstructiva, con historia de colelitiasis y confirmación con técnicas de imagen. Su manejo será individualizado, según la afectación clínica del paciente. El abordaje laparoscópico es fácil y seguro, reduciendo la comorbilidad y contribuyendo a una pronta recuperación del paciente. La cirugía en un tiempo (enterotomía) frente a dos tiempos (enterotomía + colecistectomía + reparación de fístula) está en cuestión, y deberá ajustarse a las condiciones de cada paciente.