



P-187 - PERFORACIÓN DUODENAL DE SÍNDROME DE BOUVERET TRAS TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA

del Pozo Elso, Pilar¹; García Fernández, Andrés¹; Alonso Murillo, Laura²; Estela Villa, Luis Miguel¹; Villadóniga Sánchez, Arantxa¹; Pérez Domínguez, Tomás Alfonso¹; Yunta Abarca, Pedro J.¹; Palomo Sánchez, Juan Carlos¹

¹Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca; ²Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Resumen

Objetivos: Las complicaciones asociadas a la coleditis son múltiples. El síndrome de Bouveret es una entidad clínica poco frecuente y con gran morbimortalidad, secundaria a una fístula colecistogástrica o colecistoduodenal. Analizamos la literatura a raíz de un caso propio.

Caso clínico: Mujer de 87 años HTA y con colecistitis aguda en 2016 con tratamiento conservador, que acude a Urgencias por dolor en HCD y vómitos de 48 horas de evolución. Exploración abdominal anodina. Analíticamente destaca leve elevación de reactantes de fase aguda (RFA). Ecográficamente destaca aerobilia intra y extrahepática posiblemente secundaria a una fístula bilioentérica o a una colecistitis enfisematosa complicada. Se decide ingreso con antibioterapia para estudio. Comienza con deterioro analítico a las 48h, aumento de RFA, alteración del PH mixto de predominio colestásico (GOT 183, GPT 112, GGT 302, FA 156U/L, Br 3,06 mg/dl). Se realiza TAC urgente que confirma fístula bilioentérica, sin otros datos de complicación. Se realiza colangiorresonancia que objetiva síndrome de Bouveret: molde biliar de gran tamaño que ocupa la 1ª y 2ª porción duodenal, fístula bilioentérica probable entre el infundíbulo vesicular y el bulbo duodenal. Con dichos hallazgos, se plantea cirugía electiva que la familia rechaza. Se plantea extracción endoscópica +/- litotricia. Se realiza endoscopia, visualizándose gran litiasis en el bulbo duodenal tras fístula colecisto-duodenal que impide el paso a la segunda porción duodenal. La litiasis no puede moverse. A las horas, la paciente comienza con dolor abdominal y abdomen agudo. Se realiza TAC urgente con retroneumoperitoneo, neumoperitoneo y neumomediastino en probable relación con perforación de víscera hueca (posible segunda porción duodenal). Se decide intervención quirúrgica urgente, se demuestra perforación de 3,5 cm en segunda porción duodenal distal a la papila donde se ve improntando litiasis duodenal obstructiva de 7 x 4 cm. Se realiza duodenotomía con extracción de litiasis, cierre primario y epiploplastia. En el 8º día postoperatorio comienza con deterioro clínico-analítico y se objetiva radiológicamente fístula duodenal, se plantea cirugía urgente pero la familia decide priorizar medidas de confort. La paciente fallece en el 12º día postoperatorio. El íleo biliar es una complicación poco frecuente, ocurre en el 0,3-0,5% de las coleditis. El Bouveret representa ~1-3% de los casos de íleo biliar. Dada su baja incidencia no se describen protocolos de diagnóstico y tratamiento. Su diagnóstico radica en la sospecha clínica ante una paciente generalmente mujer, > 70 años, coleditis y típicamente con cuadro de obstrucción intestinal alta (85%). Puede asociar dolor abdominal (70%) y sangrado digestivo alto (17%). La confirmación es radiológica (TAC, RMN, EGD...). El tratamiento resulta controvertido (extracción endoscópica, litotricia, cirugía...). No se

recomienda la colecistectomía y la reparación de la fístula en un primer tiempo. Debido a la edad y comorbilidad de los pacientes, el síndrome de Bouveret presenta una morbilidad del 60% y una mortalidad del 12-30% según series.

Discusión: El síndrome de Bouveret es poco frecuente y posee una alta morbimortalidad. Su diagnóstico radica en una alta sospecha y el tratamiento ha de ser precoz e individualizado en cada caso.