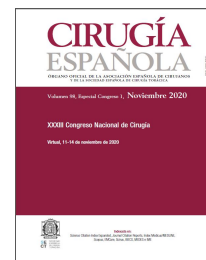




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-674 - SÍNDROME DE BOUVERET. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lara Palmero, Carolina; Sánchez Relinque, David; del Castillo Cuesta, Ana

Hospital Punta de Europa, Algeciras.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret es una obstrucción duodenal producida por la migración de un cálculo vesicular a través de una fístula colecisto-duodenal. Es un tipo de íleo biliar en el que la obstrucción se produce a nivel del bulbo duodenal. Más prevalente en mayores de 60 años con síntomas iniciales inespecíficos. Posteriormente se instala el cuadro clásico de dolor abdominal por distensión gástrica y vómitos de retención y repetición, producto de la impactación del cálculo en el duodeno.

Caso clínico: Mujer de 66 años. HTA. Dislipemia. Acude a Urgencias por dolor abdominal acompañado de vómitos. Discreta leucocitosis con desviación a la izquierda. Resto sin hallazgos. Abdomen distendido, doloroso de forma difusa con signos de irritación. TAC abdominal: compatible con obstrucción intestinal a nivel de segunda porción duodenal, signos de aerobilia con engrosamiento a nivel de la vesícula biliar y discreta cantidad de líquido libre. Se realiza gastroscopia donde se visualiza un gran cálculo impactado en duodeno, siendo imposible su extracción. Se realiza intervención quirúrgica urgente realizándose una pilorotomía ampliada a antro gástrico con extracción de gran cálculo de 6 × 4 cm. Cierre de pared con puntos sueltos de maxon 2,0. La paciente evolucionó de forma satisfactoria siendo dado de alta al séptimo día postoperatorio. Ecografías posteriores no evidencian colelitiasis residual. Asintomática a los 3 meses del proceso.

Discusión: Existen 2 alternativas quirúrgicas: la cirugía en un tiempo (con enterotomía, extracción del cálculo y colecistectomía con reparación de la fístula o la simple enterotomía y extracción del cálculo. La cirugía combinada se ha asociado a mayores tasas de mortalidad postoperatoria (20-30%) comparada con los casos de duodenotomía aislada (6-12%). La recurrencia del íleo biliar (menos del 5%) o la persistencia de síntomas biliares (10%) son bajas. La actitud terapéutica debería individualizarse en cada paciente en función de los hallazgos, las condiciones clínicas del paciente y la experiencia del cirujano.