



P-358 - SÍNDROME DE BOUVERET: TRES SOLUCIONES QUIRÚRGICAS DIFERENTES

P. Calvo Espino, L. Giménez Alvira, J. Serrano González, A. García Pavía, K. Cuiñas León, N. Farhangmehr Setayeshi, L. de Gregorio Muñiz, M. Artés Caselles, M. Jiménez Garrido y V. Sánchez Turrión

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentación de tres casos de síndrome de Bouveret (obstrucción duodenal o gástrica por cálculo procedente de la vesícula biliar), intervenidos en nuestro centro en los últimos 3 años.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 84 años con antecedente de íleo biliar por cálculo enclavado en yeyuno, operada para extracción del cálculo un mes antes de volver a Urgencias por vómitos. Se realizó TC abdominal: estómago de retención secundario a un cálculo enclavado en duodeno, vesícula biliar con cálculos en su interior, pared engrosada, fístula colecisto-duodenal y aerobilia. Intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía: colecistectomía, duodenotomía sobre el cálculo enclavado por la imposibilidad de fraccionamiento y movilización del mismo, duodenorrafia, exclusión duodenal y gastro-yeyunostomía transmesocólica. Caso 2: varón de 82 años que acude a Urgencias del hospital por intolerancia alimentaria con vómitos tras las ingestas. TC abdominal: cálculo en primera porción duodenal con dilatación gástrica; gastroscopia: confirmación de estos hallazgos, sin poder lograr su extracción. Laparotomía programada: fístula colecisto-duodenal y un gran cálculo obstructivo en píloro y primera porción duodenal. El cálculo pudo ser desplazado sin dificultad a la cavidad gástrica, de la que se extrajo a través de una pequeña gastrotomía. La intervención quirúrgica se completó con colecistectomía y cierre del orificio fistuloso píloro-duodenal mediante piloroplastia tipo Heinecke-Mikulicz. Caso 3: mujer de 88 años que presenta vómitos intensos, motivo por el que acude a Urgencias del hospital. TC abdominal: cálculo obstructivo localizado en primera porción duodenal. Se realizó cirugía urgente consistente en duodenotomía para extracción del cálculo, duodenorrafia y colecistectomía. Las complicaciones postoperatorias fueron las siguientes: una de las pacientes (caso 1) presentó hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera duodenal con vaso visible, en el postoperatorio y requirió intervención quirúrgica urgente para hemostasia. Otro paciente (caso 2) presentó infección de la herida quirúrgica. No hubo otras complicaciones y los pacientes fueron dados de alta hospitalaria en el 14º, 13º y 8º días postoperatorios. Los tres casos fueron revisados en consulta y en todos se constató una evolución favorable.

Discusión: El síndrome de Bouveret es una variante infrecuente de íleo biliar, consistente en una obstrucción mecánica a nivel duodenal o gástrico, producida al migrar un cálculo biliar a través de una fístula bilioentérica. Es una patología más frecuente en personas mayores de 65 años, con predominio en sexo femenino. Suele cursar con dolor abdominal, náuseas y vómitos; y se diagnostica

mediante radiología simple, TC abdominal y endoscopia digestiva alta. El manejo terapéutico inicialmente tiende a ser conservador, intentando extraer el cálculo con endoscopia. Si ésta es inefectiva, se trata mediante cirugía. El estado del duodeno tras la extracción del cálculo condiciona la técnica quirúrgica a realizar que oscila entre duodenorrafia, cuando la pared duodenal está en buen estado, y exclusión duodenal cuando existe una gran afectación de la misma. Se discute la conveniencia de realizar la cirugía en uno o dos tiempos, posponiendo la colecistectomía, por lo que se individualiza la decisión en función de las características del paciente.