



P-271 - OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA POR SÍNDROME DE BOUVERET: LA IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN ENTRE ENDOSCOPISTA Y CIRUJANO

Abellán Morcillo, Israel; Bernabé, Antonio; González, Pedro

Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor, Murcia.

Resumen

Objetivos: El íleo biliar se define como una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal causada por la impactación de uno o más cálculos en la luz intestinal, representado esta patología el 1-4% del total de obstrucciones intestinales en el adulto. El síndrome de Bouveret (SB) es una forma excepcional de IB que consiste en la impactación de un cálculo en la zona pilórica o en el bulbo duodenal secundario a una fístula bilioentérica, lo que da lugar a una obstrucción del vaciamiento gástrico.

Caso clínico: Mujer de 79 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio de 48 horas de evolución asociado a náuseas y vómitos. Presenta dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca una PCR de 4,5 mg/dl. Se realiza una radiografía de abdomen en la que destaca una importante dilatación de la cámara gástrica sugestiva de obstrucción a nivel pilórico. Ante estos hallazgos, en presencia del endoscopista y cirujano general, se realizó una EDA que mostraba cálculo biliar de unos 5 cm de diámetro enclavado en píloro. Se intentó extracción de material litiásico mediante cesta endoscópica y cesta de Dormia sin ser posible la desimpactación del cálculo debido al tamaño y localización del mismo y al riesgo de iatrogenia asociado, por lo que se indicó tratamiento quirúrgico. Se realizó una laparotomía media supraumbilical hallando plastrón inflamatorio que comprendía duodeno, epiplón y vesícula biliar. Se realizó disección gástrica hasta zona pilórica dónde se palpaba, enclavado, un molde litiásico de unos 5 cm. Se realizó pilorotomía, extracción del cálculo y piloroplastia, revisando el resto de intestino sin evidencia de litiasis. Dada la edad de la paciente y los resultados publicados en la literatura se decidió no realizar colecistectomía ni actuar sobre la fístula bilio-digestiva. En el postoperatorio la paciente presentó una evolución favorable siendo alta al 7º día postoperatorio.

Discusión: En el manejo del síndrome de Bouveret, cobra especial importancia la realización de una EDA que nos va a permitir realizar un diagnóstico de certeza y en muchos casos un tratamiento endoscópico, especialmente indicado en pacientes añosos con importante comorbilidad. Los hallazgos más comunes durante la realización de la EDA son la presencia de un cálculo obstructivo a nivel pilórico (69%), obstrucción sin visualizar el cálculo o la fístula (31%), inflamación, edema, ulceración o fluidos y restos de comida retenidos a nivel gástrico. A pesar de los avances en el tratamiento endoscópico, en cerca del 90% de los casos no será posible la extracción del cálculo, por lo que es fundamental una rápida coordinación entre endoscopista y cirujano a la hora de abordar

este inusual cuadro clínico. El SB es un cuadro clínico muy infrecuente que asocia a una elevada morbimortalidad. Representa un reto diagnóstico y terapéutico por su complejidad. La EDA es la primera opción de tratamiento, siendo la litotricia una herramienta útil en casos seleccionados. La coordinación entre endoscopista y cirujano es fundamental a la hora de realizar un tratamiento precoz con la menor morbimortalidad posible.