



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-238 - MANEJO TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DE BOUVERET, A PROPÓSITO DE UN CASO

Guerreiro Caamaño, Aloia; Rodríguez Rojo, Sergio; López Domínguez, Carlota; Madarro Pena, Carla; Aguirrezabalaga Martínez, Irene; Rojo Fernández, Yago; Romay Cousido, Gabriela; Noguera Aguilar, José Francisco

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret, descrito por primera vez en 1896 por Leon Bouveret, es una causa muy infrecuente de íleo biliar, que suele presentarse más en mujeres de edad avanzada. Consiste en la impactación de un cálculo biliar en el píloro o más comúnmente en el duodeno. Dicho cálculo viaja desde el árbol biliar a través de una fístula con el duodeno, formada en el contexto de colecistitis y pericolecistitis. La obstrucción de manera prolongada tiene lugar solamente en el 15% de los casos. El diagnóstico clínico es difícil, debido a su muy escasa frecuencia y a la inespecificidad de la sintomatología: dolor epigástrico, náuseas y vómitos.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad mórbida y tiroidectomizada por carcinoma papilar de tiroides. Acude a urgencias por dolor abdominal localizado en mesogastrio e hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos. Relata dos episodios similares en los 6 meses previos, que consulta de forma telefónica y ceden de manera espontánea. No refiere fiebre ni sensación distérmica en ninguna de las ocasiones. Tampoco relata alteración del hábito intestinal ni clínica miccional. A la exploración física, el abdomen es blando y depresible, sin dolor ni defensa. No se palpan masas ni visceromegalias y el signo de Murphy es negativo. En la analítica destaca leucocitosis, sin otras alteraciones. El perfil biliar es normal. Se realiza Ecografía abdominal y, ante el hallazgo de aerobilia y gran distensión gástrica y del duodeno, en cuya luz parece identificarse una imagen ecogénica con sombra acústica posterior, se completa el estudio con una TC abdominopélvica que confirma la fístula colecistoentérica y obstrucción duodenal por impactación de un cálculo biliar.

Discusión: Se decide, dados los hallazgos, intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media y, tras exploración de cavidad peritoneal, se localiza un cálculo de 4 cm entre la primera y la segunda porción duodenal. Se realiza gastrotomía y exteriorización de litiasis, previamente fragmentada. Se evidencia además un plastrón vesicular, llevando a cabo una colecistostomía con sonda Foley. Durante el posoperatorio se realiza colangiografía a través de colecistostomía, en la que se observa buen paso de contraste a bulbo duodenal, por lo que se decide, dada la buena evolución de la paciente, alta hospitalaria con solicitud de colangioRM ambulatoria para valorar el estado de la vía biliar principal. El tratamiento de elección en el síndrome de Bouveret es la cirugía, la cual implica tres posibles actuaciones: la extracción del cálculo mediante enterolitotomía, la

colecistectomía y la reparación de la fístula. La enterolitotomía se realizará en todos los casos con el fin de restituir el tránsito intestinal. Sin embargo, los otros dos actos se valorarán en función del riesgo individual de cada paciente. En los de bajo riesgo se puede realizar al mismo tiempo que la enterolitotomía; y en los de alto riesgo se mantendrá conducta expectante, ya que la fístula puede cerrar espontáneamente, si no existen cálculos remanentes en la vía biliar.