



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-636 - OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A LITIASIS BILIAR O SÍNDROME DE BOUVERET. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

López-Cantarero García-Cervantes, Manuel; Lara Fernández, Yaiza; Retamar Gentil, Marina; García Muñoz, Patricia; Olivares Oliver, Claudia; Reguera Rosal, Julio; Oliva Mompeán, Fernando; López Ruíz, José Antonio

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret hace referencia a una obstrucción gástrica secundaria a la impactación de un cálculo biliar en el píloro o en el duodeno proximal. Actualmente o existen protocolos de actuación claros acerca del tratamiento de esta patología, que incluye abordaje endoscópico y quirúrgico laparoscópico o abierto. Presentamos dos casos de síndrome de Bouveret y su manejo en un hospital de tercer nivel.

Casos clínicos: Presentamos el caso de dos pacientes. El primero se trata de un paciente varón de 85 años, con antecedentes de HTA, DM, DLP y angina inestable, que acude a urgencias por molestias abdominales de 1 semana de evolución, con empeoramiento en los últimos dos días y acompañado de náuseas y vómitos. Se realiza Rx abdomen y TC toracoabdominal, compatible con síndrome de Bouveret. Se decide realización de gastroscopia, evidenciando esofagitis grado D (clasificación de los Ángeles) y dos cálculos enclavados en bulbo duodenal. Se procede a extracción de la litiasis de menor tamaño, dejando la mayor (5 cm aprox.) en cámara gástrica para posterior extracción pasado el cuadro agudo y tratamiento de la esofagitis. Es dado de alta sin incidencias. Pasado un mes, el paciente acude de nuevo por urgencias por dolor y vómitos. En TC se objetiva obstrucción intestinal a nivel de íleon distal causado por litiasis que se encontraba previamente en cámara gástrica. Dados los hallazgos, se decide intervención quirúrgica, realizándose enterolitotomía por laparotomía. El paciente es dado de alta a los 6 días. El segundo paciente se trata de una mujer de 79 años, con antecedentes de FA anticoagulada con edoxabán, insuficiencia cardiaca, prótesis plástica en vía biliar por sospecha endoscópica de ampuloma en estudio y colelitiasis. Acude a urgencias por cuadro emético de 3 días de evolución, estreñimiento y molestias abdominales. Se realiza Rx de abdomen y TC abdominal, compatible con síndrome de Bouveret. Se decide suspensión de anticoagulación y realización de gastroscopia. Descartando actuación por imposibilidad de extracción. Se decide intervención quirúrgica, realizándose gastrotomía y enterolitotomía a nivel yeyunal por laparotomía. La paciente es dada de alta a los 9 días, sin incidencias.



Discusión: El síndrome de Bouveret es más frecuente en mujeres de edad avanzada, con un ratio mujer:hombre de 1,9. La sintomatología es inespecífica. El estudio de elección se realiza mediante TC con contraste oral. Las opciones terapéuticas incluyen abordajes no quirúrgicos (endoscópicos) y quirúrgicos (abiertos o laparoscópicos). El abordaje endoscópico es rápido, simple y asequible, pero está limitado para litiasis pequeñas, por el riesgo de impactación esofágica. Los dos enfoques quirúrgicos principales son la enterolitotomía y la gastrotomía, seguido de colecistectomía y reparación de la fístula en un primer o segundo tiempo. El mejor enfoque es el que se adapta a cada paciente, teniendo en cuenta su condición médica, edad, comorbilidades, esperanza de vida y experiencia del cirujano.