

Síndrome de Bouveret: reporte de un caso

Bouveret Syndrome: case report

Rocio Condori Bustillos¹, Micaela López Ovando¹, Mireya Panozo Rojas¹, Gilberto Ferrufino Navia².

RESUMEN

El síndrome de Bouveret es un tipo infrecuente de íleo biliar, caracterizado por el paso de un cálculo de la vesícula al intestino a través de una fistula colecistogastroduodenal produciendo obstrucción del tracto gastrointestinal. Se reportaron poco más de 200 casos en la literatura médica, con una mortalidad aproximada de un 25% y un pronóstico determinado por: comorbilidad, edad avanzada y retraso en el diagnóstico debido a su inespecificidad. Para el diagnóstico son útiles: radiografía simple, ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética y la endoscopia como medio más sensible que también es usado como forma terapéutica además de la cirugía. Se presenta el caso de una paciente de 49 años, que consultó por epigastralgia, náuseas, vómitos postprandiales, intolerancia alimentaria, en mal estado general, con diagnóstico de colecistitis aguda procediendo a colecistectomía abierta donde se evidenció un cálculo impactado en el trayecto de una fistula colecistogástrica correspondiente a un Síndrome de Bouveret.

ABSTRACT

Bouveret syndrome is a rare type of gallstone ileus, characterized by the step of calculating the gallbladder into the intestine through a fistula colecistogastroduodenal producing gastrointestinal tract obstruction. Just over 200 cases were reported in the medical literature, with an estimated mortality of 25% and a specific prognosis: comorbidity, advanced age and delay in diagnosis due to its specificity. For diagnostic they are useful: plain radiography, ultrasound, computed tomography, magnetic resonance and endoscopy as more sensitive means is also used as therapeutically addition to surgery.

Patient 49, who complained epigastric pain, nausea, postprandial vomiting, food intolerance, poor general condition, diagnosed with acute cholecystitis proceeding to open cholecystectomy where impacted stone was evident in the way of a corresponding cholecystogastric fistula to Bouveret syndrome.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bouveret (SB) es una presentación infrecuente de íleo biliar, consistente en la obstrucción del tracto gastrointestinal secundaria al paso de cálculos grandes desde la vesícula biliar, a través de una fistula biliodigestiva; descrito por primera vez en 1896 por León Bouveret, constituye el 1% a 3% de todos los casos de íleo biliar¹.

Esta entidad es considerada como una complicación de litiasis biliar²; se presenta a la edad promedio de 70 años, con mayor incidencia en el sexo femenino. El cuadro clínico suele ser inespecífico pudiendo presentarse con aspectos clínicos de obstrucción intestinal que se caracteriza por: dolor abdominal, náuseas, vómitos e intolerancia alimentaria, ausencia de flatos y evacuaciones^{3,4}.

Para llegar al diagnóstico son necesarios pruebas imagenológicas, fundamentalmente ecografía y tomografía computarizada (TC) abdominal, además de la endoscopia⁵. El tratamiento clásico es la cirugía abierta con el objeto de extraer el cálculo, reparar el trayecto fistuloso y realizar una eventual colecistectomía. Entre las opciones actuales terapéuticas se encuentra la litotricia electrohidráulica con láser o mecánica¹. Debido al riesgo elevado de morbimortalidad que conlleva esta patología y su dificultad en el diagnóstico, a continuación se presenta un caso con Síndrome de Bouveret y una revisión bibliográfica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, comerciante, procedente de la zona de Pucara – Cochabamba, acude al servicio de emergencias de la Clínica Cobija por dolor abdominal.

Cuadro clínico de aproximadamente cinco días de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal tipo puntivo de 9/10 de intensidad, inicialmente localizado en epigastrio que se irradió al hipocondrio derecho. El cuadro se acompañó de náuseas, vómitos inicialmente de contenido alimenticio con una frecuencia

¹Facultad de Medicina Dr. Aurelio Melean, Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba-Bolivia

² Cirujano General, Docente Técnica Quirúrgica Facultad de Medicina "Dr. Aurelio Melean"

Correspondencia a:

Rocio Condori Bustillos

Correo electrónico:

rocio_all_right@hotmail.com

Palabras clave: Colelitiasis, Fistula, Obstrucción intestinal.

Keywords: Cholelithiasis, Fistula, Intestinal Obstruction.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación:

03 de abril del 2015

Aceptado para publicación:

23 de Junio del 2015

Citar como:

Rev Cient Cienc Med
2015; 18 (1): 67-70

Abreviaturas utilizadas en este artículo:

SB = Síndrome de Bouveret
TC = Tomografía computarizada
Tp: Tiempo de protrombina
INR: Ratio Internacional Normalizado

irregular de más o menos tres veces al día, que fueron tornándose biliosos.

Con antecedentes de episodios de dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, dispepsia secundaria a la ingesta de hidratos de carbono y alimentos colecistoquinéticos. Hace más de 3 años la paciente refiere: consumo automedicado de antiespasmódicos como Viadil® (propinoxato y metamizol ocasionalmente IM, y frecuentemente vía oral, sin especificar dosis) durante los episodios de dolor abdominal. Y salpingoclasia bilateral realizada hace aproximadamente 12 años.

Al ingreso la paciente se encontraba álgida, consciente y orientada, con un peso de 45 kg, signos vitales dentro los parámetros normales. Abdomen doloroso a palpación superficial y profunda, con signo Murphy positivo.

Dentro de los exámenes laboratoriales no se evidenciaron alteraciones en la serie blanca. Se solicitó reacción de Widal sin elevación importante de títulos. Pruebas de función hepática: Bilirrubina total: 1,2 mg/dL; Bilirrubina directa: 0,3 mg/dL; Bilirrubina indirecta 0,9 mg/dL; Fosfatasa Alcalina: 94 UI/l, Ratio Internacional Normalizado (INR): 1,15; Tiempo de protrombina (Tp): 12,5 s., se realizó valoración por cardiología sin alteración alguna.

Ecografía reportó: colelitiasis, vía biliar intrahepática no dilatada, coledocoectasia leve sin evidencia de obstrucción endocoledociana y meteorismo intestinal.

Entre los **diagnósticos diferenciales** se puede citar:

Colecistitis aguda, fiebre entérica, úlcera péptica, también **obstrucción por objetos extraños** (bezoar, alimentos, e **íleo biliar**), **tumoraciones benignas** (pólipos, páncreas heterotópica, hamartomas, quistes, tumores mesenquimatosos), y **tumores malignos** (sarcoma, carcinoma, etc).

Tratamiento: Cirugía con el diagnóstico preoperatorio de colecistitis aguda.

Técnica quirúrgica: Se realizó una incisión de Kocher; durante la cirugía se identificó la vesícula totalmente adosada al estómago, desde el cuerpo vesicular a la curvatura menor supra pilórica y se procedió a la palpación, evidenciándose un cálculo gigante dentro el trayecto de la fistula colecistogástrica (Ver figura 1). Se inició una colecistectomía anterógrada, separando el fondo, donde se identificó un amplio trayecto fistuloso, se ingresó en la región gástrica a nivel supra pilórico, donde se evidenció el cálculo impactado entre la pared vesicular y la gástrica (Ver figura 2); se procedió a extraer el cálculo (mixto) de 5 cm longitud por 4 cm de ancho (Ver figura 3), de bordes irregulares, con una superficie lisa de orientación gástrica

y otra rugosa de coloración amarillo parda e irregular orientada a la cavidad vesicular (Ver figura 4). El orificio fistuloso en el estómago presentó un diámetro de 4 cm con un proceso inflamatorio crónico, motivo por el que se reseco los bordes de la pared gástrica del dicho orificio, se procedió a la gastrorrafia en dos planos comenzando con el plano mucoso luego el plano seromuscular con vicryl 2.0 sutura continua. Se realizó la colecistectomía parcial electro fulgurando la mucosa vesicular, no se dejó drenaje, concluyendo con la síntesis por planos de la pared abdominal.

Durante el tratamiento postoperatorio farmacológico se administró: cefotaxima 1g, gentamicina 160 mg, ciprofloxacina 200mg, morfina 5mg, diazepam ½ ampolla, Ome-gastrin®, escopolamina, además de la colocación sonda nasogástrica e hidratación con solución glucosalina 1000 ml, la paciente fue dada de alta tras 8 días de internación en buen estado general.

DISCUSIÓN

El SB se caracteriza por presentar una fístula, que puede ser: colecistoduodenal en el (60 %), colecistocolónica (17%) y colecistogástrica (5%)^{1,6}. De acuerdo a la literatura el cálculo se impacta con mayor frecuencia en el íleon distal (73%-90%), con menor frecuencia en el colon (3%-25%) y duodeno (3%-10%)⁵, llegando a producir íleo biliar. En Bolivia solo se han reportado 5 casos atendidos en la Caja Nacional de Salud desde 1995 a 2005. Este síndrome puede estar asociado a otras enfermedades como: hipertensión arterial, obesidad o diabetes y enfermedad diverticular⁶. Por tanto existen múltiples diagnósticos diferenciales, respecto al caso presentado se consideraron los siguientes:

Colecistitis aguda por el dolor en cuadrante superior derecho, sin embargo ante la ausencia de leucocitosis, edema de la pared vesicular y pruebas de función hepática normal⁷ se descartó dicho cuadro.

Úlcera péptica por la signo sintomatología, un dolor en epigastrio de tipo urente, corrosivo o calambre, sin embargo en esta patología tiende a irradiarse por debajo del margen costal y hacia la espalda y suele presentarse entre las comidas⁸, razón por la cual se descartó la opción pues la paciente no presentaba dichas características.

Íleo biliar caracterizándose por un dolor abdominal y vómitos transitorio debido a la impactación y desimpactación del cálculo lo que resulta en síntomas vagos e intermitentes a diferencia del síndrome de Bouveret cuyo síntoma principal es el vómito acompañado de dolor epigástrico o en el hipocondrio derecho⁹.

Fiebre entérica por la presencia de *Salmonella paratyphi B*, anorexia y constipación pero ante la

ausencia de fiebre, esplenomegalia, hepatomegalia y linfadenopatía se descartó la enfermedad¹⁰. En este caso la serología positiva frente a *Salmonella No Typhi* podría ser considerado un factor de riesgo ya que puede permanecer dentro de los macrófagos del sistema reticuloendotelial, luego de una infección primaria, durante largos períodos de tiempo hasta que un mayor deterioro de la inmunidad (por lupus, sida hemoglobinopatías entre otras) le permita invadir el torrente circulatorio¹¹; la salmonelosis extra intestinal no *Typhi* está relacionado con la colecistitis aguda como una presentación infrecuente en estos pacientes debido a una complicación de la misma y con mayor riesgo de padecer de cáncer de vesícula, en caso de no recibir atención médica⁷.

En este caso se llegó al diagnóstico de SB durante el intraoperatorio de una colecistectomía, donde se evidenció una fistula colecistogástrica con un cálculo biliar enclavado en el borde superior del píloro coadyuvado por el tono del esfínter pilórico, el cual retuvo el cálculo impidiendo su progresión. La presentación y orientación del cálculo eran particulares demostrando una cara superior con un vértice irregular de orientación al cuello de la vesícula (Cara vesicular) y otra cara ancha ligeramente convexa de orientación al estómago (Superficie gástrica) (Ver Fig. 4); debido al impacto e inflamación crónica junto con la infección bacteriana secundaria, provocaron la formación de adherencias que luego erosionaron la pared produciendo la fistula.

En este caso la realización de la colecistectomía, en base a la clínica y el resultado de ecografía que reportó: colelitiasis, vía biliar intrahepática no dilatada, coledocoectasia leve sin evidencia de obstrucción endocoleociana y meteorismo intestinal, no orientó al diagnóstico de SB. Razón por la cual se destaca la importancia de una correcta interpretación de las imágenes y la clínica para tener el diagnóstico correcto y tomar la conducta que mayor beneficio otorgue al paciente.

Actualmente existen los criterios radiológicos de Rigler que toman en cuenta: aerobilia, obstrucción intestinal con niveles hidroaéreos, litiasis biliar ectópica y cambio en la situación topográfica del cálculo previamente visualizado. En 1978, Baltazar y Schechter describieron un quinto signo: la presencia de dos niveles hidroaéreos, en el cuadrante superior derecho del abdomen, secundario a la presencia de aire en la vesícula biliar. La presencia de dos de los tres primeros signos ocurre en un 40-50% de las veces y es considerado patognomónico de íleo biliar¹²; Sin embargo sólo en 10% a 35% de los enfermos se puede observar los criterios⁵; en este caso dichos criterios no fueron aplicables, debido a que el cuadro clínico

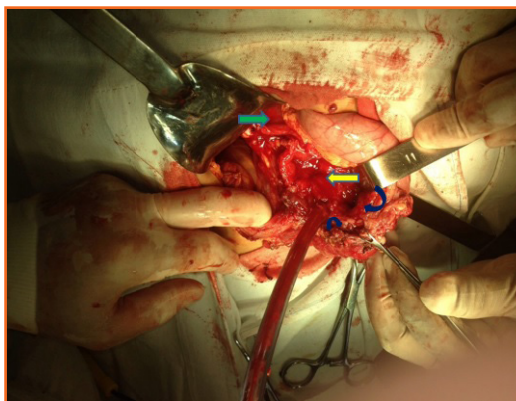


Figura 1: Abordaje abdominal : se observa fistula colecistogástrica (flecha amarilla), Vesícula (flecha verde), píloro (flecha azul)

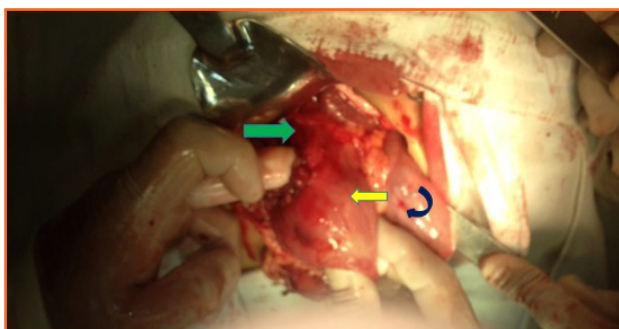


Figura 2: Abordaje abdominal donde se observa el cálculo en pleno trayecto fistuloso sin producir íleo Biliar, vesícula (flecha verde), trayecto fistuloso (flecha amarilla), curvatura menor del estómago (flecha azul)



Figura 3: Intervención Quirúrgica: se observa el cálculo gigante en el trayecto fistuloso (flecha amarilla)

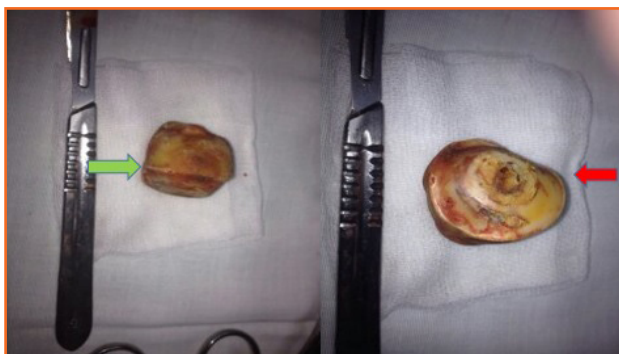


Figura 4: Cálculo mixto extraído, se observa superficie vesicular irregular y pigmentada (Flecha verde), superficie gástrica ancha ligeramente convexa (flecha Roja)

no produjo íleo biliar.

La ecografía también presenta limitaciones que están determinadas por las alteraciones anatómicas, la distensión intestinal por el aire o el colapso de la vesícula.

La TC con contraste sugiere el diagnóstico en el 75% de los casos, porque se puede visualizar mejor los elementos de la tríada de Rigler. Sin embargo, el 15% a 25% de los enfermos estudiados no es posible observar el cálculo debido a que estos son isodensos al líquido adyacente lo que dificulta su identificación¹³. O está limitado en aquellos con emesis intensa, mala ingesta del medio de contraste oral, problemas renales y cardiacos que representen un riesgo para el paciente, la colangiopancreatografía por resonancia magnética podría tener un rol en el diagnóstico, porque permitiría observar con mayor precisión la anatomía, sin requerir contraste oral⁵.

La endoscopia constituye el medio más específico para el diagnóstico por la visualización directa del cálculo además de servir como una vía terapéutica para la realización de la litotricia (ya sea extracorpórea, mecánica y/o hidráulica) constituyendo así un medio menos invasivo pero limitado frente a cálculos muy grandes o enclavados, constituyendo la cirugía una segunda alternativa terapéutica previa estabilización del paciente; La cirugía puede ser por laparotomía, mini laparotomía o laparoscopia donde se realiza una gastrostomía, resección del trayecto fistuloso y colecistectomía¹³ que en este caso clínico presentado no tuvo complicaciones después de la operación.

El Síndrome de Bouveret es una forma infrecuente de íleo biliar; tienen una morbimortalidad elevada especialmente en pacientes mayores por lo que el diagnóstico precoz y la terapéutica temprana son esenciales para una mejor evolución.

REFERENCIAS

1. Crespo L, Angueira T, Defarges V, Foruny JR, Ruiz A, Benita V y col. **Una causa infrecuente de obstrucción gástrica: síndrome de Bouveret.** *Gastroenterol y Hepatol* 2008; 31(10):646-51. Acceso 10 de Enero de 2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-una-causa-infrecuente-obstruccion-gastrica-13130906>
2. Sánchez Sánchez M.R, Bouzón Caamaño F, Carreño Villarreal G, Alonso Blanco R.A, Galarraga Gaya M A, Álvarez Obregón R. **Síndrome de Bouveret. A propósito de un caso.** *Rev Clin Esp* 2003; 203(8):399-400. Acceso 08 de Enero de 2015. Disponible en: <http://www.revlinesp.es/en/sindrome-bouveret-a-proposito-un/articulo/13049441/>
3. Mengual-Ballester M, Guillén-Paredes M.P, Cases-Baldó M.J, García-García M.L, Aguayo-Albasini J.L. **Hemorragia digestiva y obstrucción intestinal alta como presentación del síndrome de Bouveret.** *Rev. Cir* 2011; 79:557-9. Acceso 08 de Enero de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220892012>
4. Brunicardi F, Andersen K, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock R. **Obstrucción intestinal.** En: Schwartz Principios de cirugía. Octava edición vol: 2. México DF: Mc Graw-Hill. Interamericana; 1988.p. 1027-30.
5. Iñiguez, A, Butte J.M, Zúñiga J.M, Crovari F, Llanos O. **Síndrome de Bouveret: Resolución endoscópica y quirúrgica de cuatro casos clínicos.** *Rev Med de Chile* 2008;136(2):163-8. Acceso 14 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-98872008000200004
6. Torrico A, Torrico B. **Ileo Biliar: Experiencia en la Caja Nacional de Salud.** *Rev Med*:5-10. Acceso: 11 de febrero de 2015. Disponible en: <http://saludpublica.bvosp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp76/V.16N26-2005--5-10.pdf>
7. Oddsóttir M, Hunter J.Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. En: Brunicardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock R. Schwarz **Manual de Cirugía.** 8º Ed. México: Mc Graw Hill;2007.p: 832
8. Porth C. **Trastornos de la función gastrointestinal.** En: Porth C. Fisiopatología: Salud-enfermedad, Un Enfoque Conceptual. 7ma Ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2007. p:839-40.
9. Álvarez Chica L.F, Bejarano Cuellar W, Rojas Cardozo L.O. **Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto: Descripción de dos casos y revisión de la literatura.** *Rev. Col Gastroenteróloga* 2010;25(1): 86-93. Acceso 10 de enero 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572010000100017
10. Romero R, Salmonella.En: Romero R. **Microbiología y Parasitología humana: Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias.** 3ra Ed. Mexico D.F: Editorial Médica Panamericana; 2007. p :791-802
11. Rodríguez H.C, De Mier C, Bogdanowicz E, Caffer M.I, García S, Lasala M.B, et al. **Salmonelosis extraintestinal: clínica, epidemiología y resistencia antimicrobiana.** *Acta bioquím. clín. latinoam* 2007;41(3); 379-83. Acceso: 11 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572007000300012&lng=es&nrm=iso
12. González Torres C.G, Avendaño J.C, Sanabria P.E, Blanca G. **Ileo Biliar a propósito de un caso.** *Rev Cir Gral.* 2012; 4(1):11-5. Acceso: 10 de enero de 2015. Disponible en: http://www.aecirujanos.es/revista_cirurgia_casos_clinicos/revista_casos_clinicos_cirurgia_general_N7.pdf
13. Gijón L, Camarero A, Perez JA, y Ramia JM. **Síndrome de Bouveret con TC multidetector.** *Rev. esp. enferm. dig* 2014;106(4): 283-84. Acceso: 10 de Enero de 2015. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000400008&lng=es&nrm=iso