

Síndrome de Bouveret: manejo laparoscópico

Julio César Sotelo Estévez,* Héctor Herrera Meillón,* Adriana Santos Manzur**

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Bouveret es una fistula biliodigestiva que se caracteriza por la comunicación anormal entre la mucosa duodenal y la mucosa de la vesícula biliar. Es una forma rara de íleo biliar, que ocurre cuando un lito pasa a través de las paredes de la vesícula biliar a una víscera hueca. La presentación clínica es más bien inespecífica, siendo difícil el diagnóstico preoperatorio. La ecografía, la tomografía axial computada abdominal y la endoscopia son los exámenes diagnósticos más útiles. **Objetivo:** El objetivo del presente estudio fue informar el caso de un paciente con una variedad muy poco frecuente de una fistula biliointestinal y su tratamiento por vía laparoscópica, tratado con un instrumental básico. **Caso clínico:** Se presentó el caso de una paciente de 65 años, con antecedente de cáncer de mama, programada para una colecistectomía laparoscópica, con un hallazgo de fistula colecistoduodenal. El periodo postoperatorio ocurrió sin incidentes y la paciente fue egresada cinco días después de la cirugía. **Conclusión:** La fistula colecistoduodenal se puede tratar de forma adecuada por vía laparoscópica y con un instrumental básico.

Palabras clave: Síndrome de Bouveret, fistula colecistoduodenal, íleo biliar.

Nivel de evidencia: IV.

Laparoscopic management of Bouveret syndrome

ABSTRACT

Introduction: Bouveret syndrome is the biliodigestive fistula that characterizes by abnormal communication between duodenal mucosa and gallbladder mucosa. It's a rare form of biliary ileus, which occurs when a stone goes through the gallbladder wall to a hollow viscera. The clinic presentation is not precise, which makes more difficult the preoperative diagnosis. Three of the more useful exams for diagnosis are ultrasound, CT scan and endoscopy. **Objective:** The main objective of this paper was to inform the case of a patient with a variety of biliointestinal fistula, with the laparoscopic treatment approach using basic instruments and showing excellent results. **Case report:** 65 years old female patient with a history of breast cancer programmed for laparoscopic cholecystectomy with findings of cholecystoduodenal fistula. The post operative period occurred with no incidents and the patient was discharged five days after surgery. **Conclusion:** The cholecystoduodenal fistula can be well treated with laparoscopy and basic instrumentation.

Key words: Bouveret syndrome, cholecystoduodenal fistula, biliary ileus.

Level of evidence: IV.

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar es una enfermedad poco común de la vesícula biliar, su prevalencia tan sólo en los Estados Unidos y en Europa es de 10%. Sólo de 20 a 30% de los pacientes presentan síntomas, especialmente dolor. Las complicaciones que se presentan como más frecuentes son colecistitis aguda, pancreatitis aguda y colangitis ascendente. Con menor frecuencia se presentan síndrome de Mirizzi, fistula biliointestinal e íleo biliar.¹

Una fistula es la comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas; dentro de las fistulas biliodigestivas se encuentran las colecistogástricas, las colecistocolónicas, las coledocoduodenales y las colecis-

* Cirujano General. Departamento de Cirugía General.

** Residente de tercer año de Cirugía General.

Hospital General de Zona Número 32 de Villa Coapa, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Recibido para publicación: 16/09/2012. Aceptado: 22/08/2013.

Correspondencia: Dr. Julio César Sotelo Estévez

Calzada las bombas Núm. 160, Colonia ex Hacienda de Coapa, Deleg. Coyoacán, México, D.F.

Tel: 044 55 33 35 46 10

E-mail: drjuliosotelo@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

toduodenales (síndrome de Bouveret), siendo estas últimas las más frecuentes. El síndrome de Bouveret se define como una oclusión intestinal alta, causada por la impactación de uno o más litos biliares en el estómago o duodeno como consecuencia de una fistula biliodigestiva. Se trata de una forma rara de íleo biliar que ocurre en el 3% de los casos de impactación de litos biliares en el tracto digestivo;¹ reportados en la literatura mundial existen menos de 300 casos.^{2,3} La primera descripción fue realizada por León Bouveret.^{1,4-6}

En los pacientes estables, la alternativa terapéutica de esta fistula es la litotripsia. El inconveniente de la extracción endoscópica o fragmentación del cálculo con láser es que se puede reparar la fistula.¹ La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección para este síndrome. En la actualidad, se han reportado tasas de mortalidad de hasta 6%. Existen múltiples alternativas quirúrgicas como son la enterotomía y la extracción del cálculo, o la enterotomía más la colecistectomía y la reparación de la fistula; otras alternativas han sido la gastrotomía más la piloroplastia de Heineke-Mikolicz, la antrectomía y el gastroyeyunoanastomosis tipo Billroth II, así como la duodenotomía amplia para la extracción con cierre primario de la fistula más la gastroyeyunoanastomosis de protección.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 65 años de edad, con antecedente de cáncer de mama izquierda en estadio I, el cual fue diagnosticado tres años previos y tratado con cuadrantectomía más disección radical de la axila, radioterapia con 61 GY y hormonoterapia con tamoxifeno.

Fue referida a la consulta externa de nuestro hospital por un cuadro de dolor abdominal de tres meses de evolución tipo cólico, localizado en el hipocondrio derecho y asociado con la ingesta de colecistoquinéticos; se le realizó un ultrasonido de hígado y de vías biliares, reportando colecistitis crónica litiásica no agudizada.

Se programó para una colecistectomía laparoscópica electiva; se colocó a la paciente en posición de decúbito supino con anestesia general balanceada, asepsia abdominal, neumoperitoneo con aguja de Veress hasta 15 mmHg e introducción de cuatro puertos (umbilical de 10 mm, subxifoideo de 10 mm y subcostales derechos de 5 mm), encontrando como hallazgos transoperatorios una gran distensión de la cámara gástrica, así como adherencias firmes epiplón-vesícula biliar,

vesícula biliar-estómago; vesícula biliar de 5 x 4 x 4 cm (*Figura 1*), múltiples litos en su interior de hasta 8 mm y con una fistula colecisto-duodenal de un centímetro de diámetro (*Figuras 2 y 3*).

Se le realizó una colecistectomía por vía antegrada más una fistulectomía con cierre primario del duodeno en un solo plano, con polipropileno 2-0 y nudos extracorpóreos (*Figura 4*), a continuación se le colocó un parche de epiplón mayor a la rafia (*Figuras 5 y 6*). El procedimiento fue llevado sin accidentes ni incidentes. La paciente presentó una buena evolución en el postoperatorio inmediato e inició una dieta líquida a las 96 horas de ser intervenida. Por último fue egresada por mejoría a los cinco días, tolerando la vía oral y con restitución del funcionamiento del tránsito intestinal.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una complicación poco habitual de nuestro medio, ésta ocurre en un 0.3-4% de los pacientes con colelitiasis y es siete veces más frecuente en personas mayores de 70 años.⁶ En el íleo biliar clásico, el cálculo se impacta con más frecuencia en el íleon distal (73-90%), y con menos frecuencia en el colon (3-25%) y duodeno (3-10%).^{4,6,7} El paso del cálculo ocurre a través de una fistula colecistoentérica, siendo más frecuente la colecistoduodenal (53-68%) y menos frecuente la colecistocolónica (12%) y colecistogástrica (5%).^{6,7}

A pesar de que del 43 al 64% de los enfermos tienen antecedentes de cólicos biliares, ictericia o colecistitis aguda reciente,^{6,7} también puede ser la primera manifestación de la colelitiasis.

El síndrome de Bouveret es muy poco frecuente y afecta fundamentalmente a mujeres mayores de 50 años; cerca de 60% de los enfermos reportados en la literatura tienen una patología asociada.^{2,3} La presentación clínica es variable e inespecífica, siendo la sepsis un hecho poco común.^{6,7} El cuadro clínico se caracteriza por el dolor abdominal que generalmente se ubica en el epigastrio o en el hipocondrio derecho, menos frecuente es la hemorragia digestiva secundaria a erosión duodenal, la expulsión de un cálculo biliar durante un vómito o la presencia de lesiones esofágicas asociadas con la emesis intensa.⁸ Dadas las características clínicas del cuadro y debido a que la mayoría de los enfermos son mayores, es necesario descartar otras causas más frecuentes de obstrucción del vaciamiento gástrico, tal como el cáncer gástrico o la estenosis péptica.

Los estudios de laboratorio pueden mostrar leucocitosis, alteraciones hidroelectrolíticas, ácido-base y de la función renal. La magnitud de ellas dependerá de las enfermedades asociadas, el grado de respuesta inflamatoria y de los mecanismos compensatorios de cada individuo. Puede haber con menor frecuencia alteraciones de las pruebas hepáticas y elevación de la amilasa.⁹

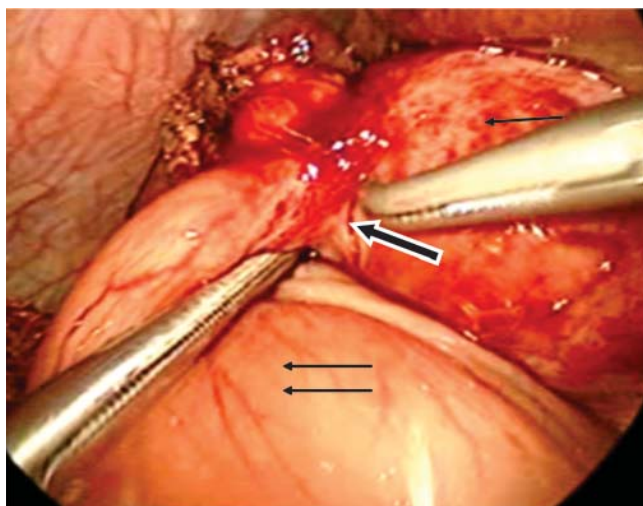


Figura 1. Imagen laparoscópica en donde se observa la vesícula biliar (flecha delgada), sitio de la fístula colecistoduodenal (flecha gruesa) y duodeno (dos flechas delgadas).

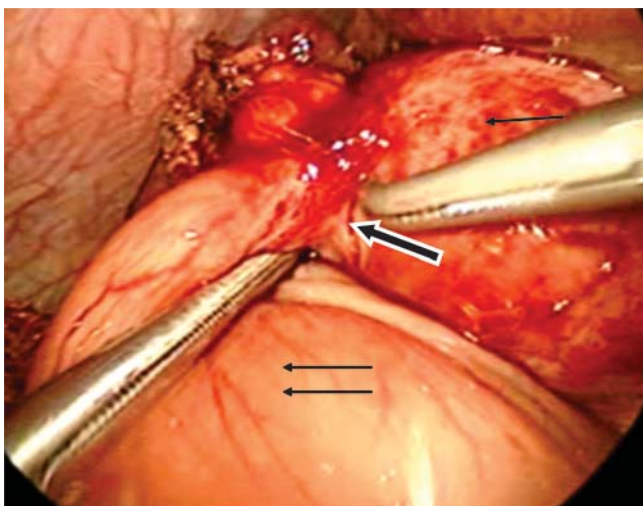


Figura 2. Imagen laparoscópica en donde se observa la vesícula biliar (flecha delgada), sitio de la fístula colecistoduodenal (flecha gruesa) y duodeno (dos flechas delgadas).

La radiografía de abdomen simple es poco útil en el diagnóstico del síndrome de Bouveret, porque la mayoría de las veces muestra signos inespecíficos y sólo entre 10 y 35% de los enfermos se puede observar la tríada de Rigler (neumobilia, distensión de asas de delgado y lito biliar en cuadrante inferior derecho derecho).⁹ La ecografía también presenta limitaciones que están determinadas por las alteraciones anatómicas, la distensión intestinal y el aire o el colapso de la vesícula.¹⁰ La tomografía computada sugiere el diagnóstico en el 75% de los casos, ya que puede visualizar mejor los elementos de la tríada de Rigler.³ Sin embargo, en el 15 a 25% de los enfermos



Figura 3. Imagen laparoscópica en donde se observa fístula colecistoduodenal abierta con extracción de lito de 8 mm.

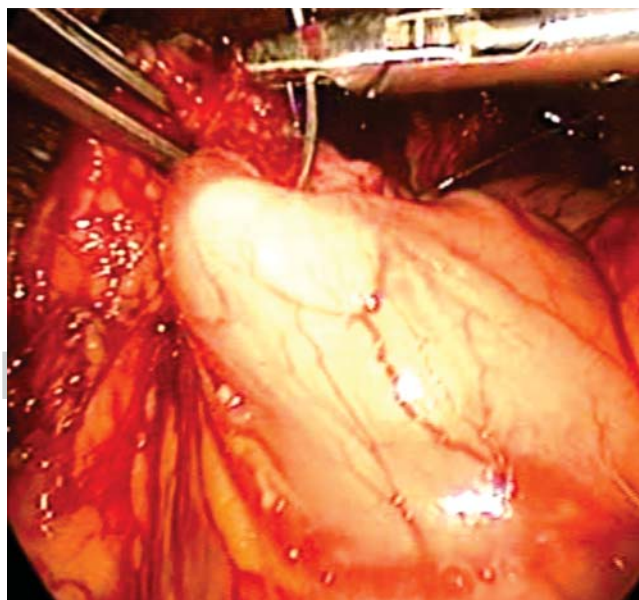


Figura 4. Cierre primario de porción duodenal con polipropileno 2-0 en un solo plano.

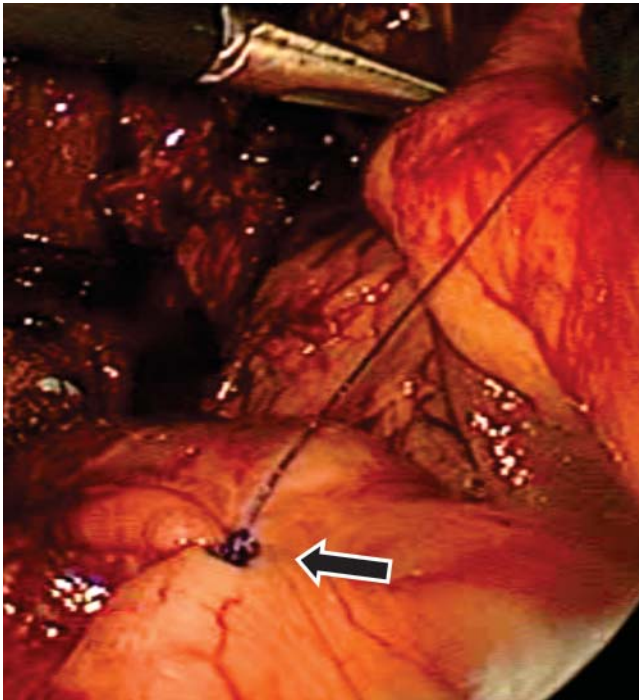


Figura 5. Se realizan puntos simples con nudos extracorpóreos y nudo tipo «Gea».

estudiados con la tomografía computada no es posible observar el cálculo.^{9,11} En estos pacientes o en aquéllos con emesis intensa y mala ingesta del medio de contraste oral, la colangiopancreatografía por resonancia magnética podría tener un rol en el diagnóstico, porque permitiría observar con mayor precisión la anatomía, sin requerir un contraste oral.¹² Sin embargo, hay que considerar su costo y la limitada disponibilidad a nivel nacional.

El principal objetivo del tratamiento es la extracción del cálculo para superar la obstrucción, la cual se puede realizar por vía endoscópica o quirúrgica clásica.^{3,8} La extracción endoscópica tiene un importante rol en esta patología, porque es menos invasiva y se asocia con menos complicaciones, pudiendo ser más exitoso en los pacientes seleccionados con cálculos de tamaño intermedio y relativamente móviles.^{11,12} En ellos se debe evaluar después del procedimiento, el desarrollo de un íleo mecánico como consecuencia de la migración de fragmentos hacia el tracto gastrointestinal.⁸ Los pacientes con cálculos grandes o impactados estrechamente, probablemente serán mejores candidatos a una resolución quirúrgica. También se ha utilizado, pero con menos frecuencia, la litotripsia electrohidráulica endoscópica, la litotripsia endoscó-

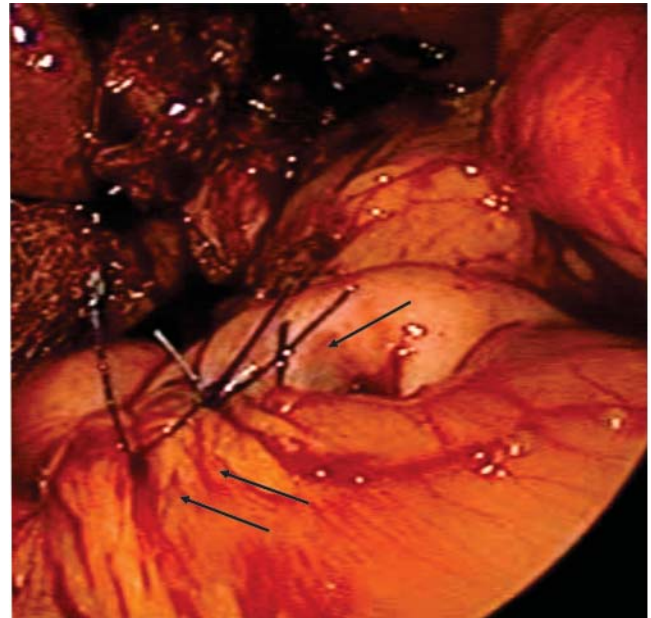


Figura 6. Colocación de parche de epiplón mayor (dos flechas) en rafia duodenal (flecha).

pica con láser y la litotripsia extracorpórea,⁹ las cuales necesitan equipos de alto costo y pueden requerir más de un procedimiento.¹² Sin embargo, el tratamiento clásico sigue siendo la cirugía convencional.

El tratamiento final debe de resolver la oclusión removiendo el lito, cerrar la fístula y prevenir las recurrencias.¹² El equipo quirúrgico debe decidir si estos procedimientos se realizan en uno o más tiempos quirúrgicos, dependiendo de las características del paciente y el estado de los tejidos. Los autores a favor de la enterotomía simple justifican su decisión en el aumento en la mortalidad de un 20 a 30% cuando se asocian colecistectomía más el cierre de la fístula y a un 12% cuando se realiza únicamente la enterotomía.⁹

El cierre de la fístula sin colecistectomía deja una vesícula escleroatrófica disfuncional que favorece a la recurrencia de litiasis, la colecistitis aguda y el cáncer de vesícula.^{10,11}

Con el entrenamiento, la experiencia y el equipo adecuado, se puede realizar la intervención de manera laparoscópica. Sica reportó en 1997 el primer caso de síndrome de Bouveret resuelto de manera laparoscópica.¹²

En el presente caso, el cuadro clínico fue inicialmente de colelitiasis, se decidió un abordaje laparoscópico y al encontrar los hallazgos ya descritos, se continuó con la misma técnica, logrando realizar de

manera satisfactoria el cierre de la fistula y la colecistectomía en un solo tiempo quirúrgico, con buenos resultados, a pesar de las comorbilidades también mencionadas.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Bouveret es una entidad patológica que tiene una alta morbilidad y mortalidad. El sitio de obstrucción puede cursar con manifestaciones clínicas y complicaciones más tempranas. Cuando se cuenta con el apoyo de estudios radiológicos y endoscopia, existe una alta sensibilidad y especificidad en su diagnóstico; sin embargo, en algunos casos es difícil hacer el diagnóstico preoperatorio por estos métodos; el diagnóstico se suele realizar en forma transquirúrgica. La extracción endoscópica puede representar dificultad cuando se trata de litos gigantes o cuando no es posible efectuar la litotripsia. La resolución quirúrgica abierta de este padecimiento suele ser el método más adecuado, con el apoyo de las técnicas laparoscópicas, así como el desarrollo de la tecnología de la misma. El manejo por vía laparoscópica es un método eficaz y seguro que ofrece los beneficios de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am Gastroenterol*. 2002; 97: 249-254.
2. Doménech SFM, López MJV, Fernández GP, San Miguel Moncín MM, Sánchez SG, Jornet FJ et al. Bouveret's syndrome: the clinical and radiological findings. *Rev Esp Enferm Dig*. 1999; 91 (2): 144-148.
3. Arioli D, Venturini I, Masetti M, Romagnoli E, Scarcelli A, Ballesini P. Intermittent gastric outlet obstruction due to a gallstone migrated through a cholecysto-gastric fistula: a new variant of "Bouveret's syndrome". *World J Gastroenterol*. 2008; 14 (1): 125-128.
4. Rivera IR, Ubina AE, García FG, Navarro JJM, Fernández PF, Sánchez CA. Síndrome de Bouveret resuelto mediante litotricia mecánica endoscópica. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006; 98: 789-798.
5. Katsinelos P, Dimiropoulos S, Tsolkas P et al. Successful treatment of a duodenal bulb obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome) after endoscopic mechanical lithotripsy. *Surgical Endoscopy*. New-York: Springer-Verlag; 2002.
6. Koulaouzidis A, Moschos J. Bouveret's syndrome. Narrative review. *Ann Hepatol*. 2007; 6 (2): 89-91.
7. Iancu C, Bodea R, Al Hajjar N, Todea-Iancu D, Bălă O, Acalovschi I. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *J Gastrointest Liver Dis*. 2008; 17 (1): 87-90.
8. Puri V, Lee RW, Amirlak BA, Lanspa SJ, Fitzgibbons RJ. Bouveret syndrome and gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2007; 17 (4): 328-330.
9. Zuegel N, Hehl A, Lindemann F, Witte J. Advantages of one-stage repair in case of gallstone ileus. *Hepatogastroenterology*. 1997; 44: 59-62.
10. Warshaw AL, Bartlett MK. Choice of operation for gallstone intestinal obstruction. *Ann Surg*. 1966; 164: 1051-1055.
11. Coopermann AM, Dickson ER, ReMine WH. Changing concepts the surgical treatment of gallstone ileus: review of 15 cases with emphasis on diagnosis and treatment. *Ann Surg*. 1968; 167: 377-383.
12. Sica GS, Sileri P, Gaspari AL. Laparoscopic treatment of Bouveret's syndrome presenting as acute pancreatitis. *J Laparosc Adv Surg Tech A*. 2005; 9: 472-475.