

Hemorragia digestiva y obstrucción intestinal alta como presentación del síndrome de Bouveret

Mónica Mengual-Ballester, * María Pilar Guillén-Paredes, * María José Cases-Baldó, * María Luisa García-García, * José Luis Aguayo-Albasini*,**

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret es una entidad poco frecuente que consiste en la obstrucción duodenal producida por una litiasis proveniente de la vesícula biliar.

Casos clínicos: dos pacientes con edad y comorbilidad muy distintas, en quienes se adoptaron actitudes terapéuticas diferentes: una mujer de 41 años con dolor en hipocondrio derecho y vómitos, en la que se realizó corrección quirúrgica de la obstrucción y de la fistula; y otra mujer de 81 años con cuadro de obstrucción intestinal alta, en quien solo se actuó sobre la obstrucción sin intervenir la fistula.

Conclusiones: En el síndrome de Bouveret es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial de obstrucciones digestivas altas. El diagnóstico puede efectuarse por técnicas radiológicas o endoscópicas y las opciones terapéuticas son diversas, incluyendo la extracción endoscópica o la cirugía en un tiempo (con la resolución de la obstrucción y la fistula en el mismo acto quirúrgico). Suele afectar a pacientes de edad avanzada con gran comorbilidad y riesgo quirúrgico, por lo que la mayoría de los autores recomienda ser lo más conservadores posibles.

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

Abstract

Background: Bouveret syndrome is a rare entity consisting of duodenal obstruction due to a gallstone from the gallbladder.

Clinical cases: We present two patients with very different ages and comorbidities whose conditions were resolved in two different ways: a 41-year-old female with right upper quadrant pain and vomiting who underwent surgical correction of obstruction and fistula, and an 81-year-old female with a high bowel obstruction, only treating the obstruction without intervention of the fistula.

Conclusions: It is important to include high gastrointestinal obstruction in the differential diagnosis. Diagnosis can be made either by radiological or endoscopic techniques and therapeutic options are diverse, ranging from endoscopic removal to surgery (with the resolution of obstruction and fistula in the same surgical procedure). This condition usually affects elderly patients with high comorbidities and high surgical risk; therefore, most authors recommend using the most conservative possible treatment.

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

Introducción

El síndrome de Bouveret es una rara entidad clínica que consiste en la obstrucción duodenal secundaria al paso de

cálculos desde la vesícula biliar al duodeno a través de una fistula biliodigestiva.^{1,2} Se suele presentar en pacientes de edad avanzada y con importante comorbilidad.¹⁻³ Se describen dos casos tratados de diferentes formas.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 41 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió a urgencias del Hospital General Universitario "Morales Meseguer", Murcia, España, por dolor abdominal focalizado en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución, acompañado de vómitos con contenido alimenticio; sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. En la exploración presentaba abdomen blando y depresible,

* Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario "Morales Meseguer", Murcia, España.

** Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España.

Correspondencia:

Mónica Mengual-Ballester.

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario "Morales Meseguer", Av. Marqués de los Vélez s/n, 30008 Murcia, España.

Tel: (34) 6462 97309.

E-mail: mmengual@msn.com

Recibido para publicación: 21-01-2011

Aceptado para publicación: 29-03-2011

doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con signo de Murphy negativo.

En el examen analítico destacó cuenta leucocitaria de 17 900 y 2414 UI/l de amilasa en orina. Se realizó ecografía y tomografía axial computarizada de abdomen (figura 1), donde se evidenció vesícula biliar con pared engrosada, múltiples litiasis y gas en su interior, además, se observó una fistula colecistoduodenal y obstrucción de la rodilla duodenal por cálculo de gran tamaño. Ante estos hallazgos se diagnosticó síndrome de Bouveret y se decidió intervención quirúrgica urgente; durante la misma se constató la presencia de un plastrón inflamatorio perivesicular formado por duodeno y epiplón, y de fistula colecistoduodenal. Se realizó colecistectomía, se extrajo la litiasis del duodeno (figura 2) y se reparó el defecto duodenal con puntos sueltos.

Durante el posoperatorio, la paciente desarrolló una fistula duodenal, canalizada al exterior mediante el sistema de drenado dejado en la intervención por dehiscencia parcial de la sutura de cierre de la fistula colecistoduodenal. Tras un intento de tratamiento conservador con nutrición parenteral y análogos de la somatostatina, requirió reintervención (exclusión duodenal, gastroyeyunostomía) para controlar el proceso. Nuevamente reapareció la fistula duodenal, esta vez poco productiva, consiguiéndose la curación con manejo conservador un mes más tarde.

Caso 2

Mujer de 81 años de edad con antecedentes de cardiopatía isquémica y fibrilación auricular, que recibió acenocumarol como tratamiento anticoagulante, y con mastectomía radical modificada izquierda por carcinoma de mama. Fue atendida en urgencias del Hospital General Universitario "Morales Meseguer" por vómito oscuro y epigastralgia de tres días de evolución. A la exploración presentaba abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación; se evidenció salida de posos de café por la sonda nasogástrica y melena al tacto rectal. Al ingreso presentaba hemoglobina de 8.2 g/dl y una actividad de protrombina de 52%, por lo que se le transfundieron varios concentrados de hematíes y plasma.

Se realizó gastroscopia, en la cual se visualizó una gran formación litiasica a nivel de segunda rodilla duodenal y una fistula colecistoduodenal. Al no disponer de equipo para la litotripsia, se decidió intervención quirúrgica, realizando extracción del cálculo duodenal mediante expresión retrógrada al estómago y gastrostomía.

La paciente evolucionó sin complicaciones y fue dada de alta asintomática al octavo día del posoperatorio.

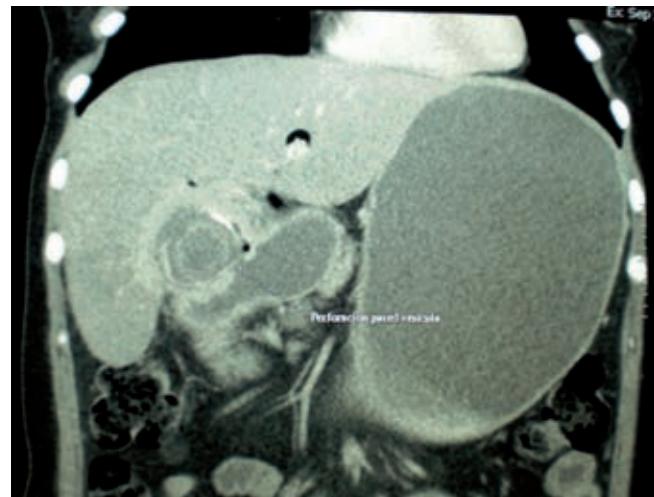


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen. Se observa vesícula biliar con pared engrosada, múltiples litiasis y gas en su interior, así como una fistula colecistoduodenal y obstrucción en la rodilla duodenal por un gran cálculo.

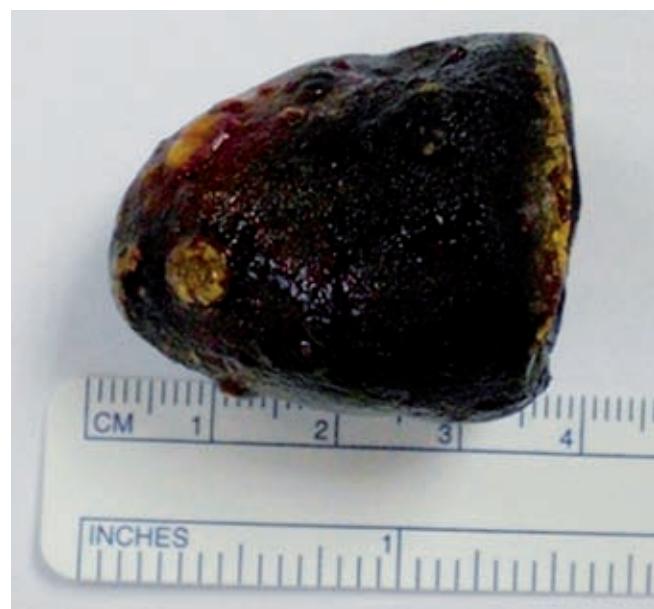


Figura 2. Litiasis biliar extraída del duodeno.

Discusión

El síndrome de Bouveret es la variedad más infrecuente de íleo biliar y fue descrito por León Bouveret en 1896.¹ Se produce por el paso de un cálculo grande al tracto digestivo a través de una fistula biliointestinal, que provoca un cuadro de obstrucción. Las fistulas colecistointestinales se presentan

en 0.3 a 0.5% de los pacientes con litiasis; solo 6% de estas litiasis origina un cuadro de obstrucción intestinal, que se produce principalmente en íleon distal; en duodeno tiene lugar menos de 5% de los casos.² Suele afectar a mujeres (65%) con una edad media de 74.1 años edad con importante comorbilidad, por lo que se asocia con alta mortalidad (15 a 25%).^{4,5}

El cuadro clínico fundamental es el correspondiente al de una obstrucción intestinal alta, con náusea y vómito (86% de los casos) y dolor abdominal (71% de los casos).⁴ Otras formas menos frecuentes son la hemorragia digestiva alta debido a la erosión de la mucosa por la litiasis o la ictericia obstructiva por compresión.⁶

El diagnóstico puede ser radiológico o endoscópico. En la radiografía simple de abdomen y en la tomografía axial computarizada abdominal podemos encontrar la tríada de Rigler, que consiste en neumobilia, obstrucción intestinal y cálculo biliar en posición aberrante, aunque no siempre están presentes; además, la tomografía axial computarizada abdominal permite localizar dónde se encuentra exactamente la litiasis. La ecografía abdominal es útil en la localización de la fistula y la colangiorresonancia magnética nuclear se usa en ocasiones como prueba diagnóstica.^{4,7} Obtuvimos un diagnóstico preciso preoperatorio en ambos casos mediante radiología en el primero y endoscopia en el segundo.

La endoscopia digestiva alta posibilita visualizar directamente la litiasis y descartar otros diagnósticos diferenciales (cuerpo extraño, tumores, etcétera) y, además, permite la extracción del cálculo. Debido a que la mayoría de estos pacientes son de edad avanzada, con comorbilidad asociada e incluso con contraindicación quirúrgica, se recomienda intentar la extracción endoscópica, aunque en litiasis impactada existe riesgo de perforación⁸ y no permite reparar la fistula. Los resultados descritos en la literatura no alcanzan 10% de éxito, mejorando cuando se asocian técnicas de fragmentación. Han aparecido, por otra parte, distintas técnicas de litotripsia, como la extracorpórea con ondas de choque, hidráulica intracorpórea y el YAG-láser, que han aumentado las tasas de éxito. Sin embargo, las nuevas técnicas no han demostrado ser superiores a la cirugía.^{1,4}

En relación con el tratamiento quirúrgico se presentan dos alternativas: cirugía en uno o en dos tiempos. El primer caso consiste en la extracción del cálculo, colecistectomía y reparación de la fistula; en el segundo se practica enterotomía y extracción del cálculo, dejando para un segundo tiempo (aunque en ocasiones nunca sucede) la reparación de la fistula y la colecistectomía. Aunque estas dos opciones han sido muy discutidas, se ha observado que la mortalidad en la cirugía en un tiempo es mayor (20 a 30% comparado con 12%).⁹⁻¹²

En nuestras dos pacientes, con presentación clínica y comorbilidad muy diferentes, obtuvimos mejores resultados realizando una cirugía más conservadora que un tratamiento más agresivo, pese a que en este último se trataba de una paciente joven y sin enfermedades.

Conclusiones

El síndrome de Bouveret es una entidad poco frecuente, por lo que es importante diagnosticar los cuadros de obstrucción intestinal para ser lo más conservadores posibles. Es necesario solucionar la obstrucción, ya sea por endoscopia o cirugía, y no se ha de corregir la fistula asociada en el momento agudo.

Referencias

1. Crespo-Pérez L, Angueira-Lapeña T, Defarges-Pons V, Foruny-Olcina JR, Cano-Ruiz A, Benita-León V, et al. Una causa infrecuente de obstrucción gástrica: síndrome de Bouveret. Gastroenterol Hepatol 2008;31:646-651.
2. Rojas J, Cabané P, Hernández JA, Díaz C, Vidal A. Síndrome de Bouveret: caso clínico y revisión de la literatura. Rev Chilena Cir 2005;57:508-510.
3. Rivera-Irigoin R, Ubiña-Aznar E, García-Fernández G, Navarro-Jarabo JM, Fernández-Pérez F, Sánchez-Cantos A. Síndrome de Bouveret resuelto mediante litotricia mecánica endoscópica. Rev Esp Enfer Dig 2006;98:789-798.
4. Doycheva I, Limaye A, Suman A, Forsmark C, Sultan S. Bouveret's syndrome: case report and review of the literature. Gastroenterol Res Practice 2009;2009:914-951. doi:10.1155/2009/914951
5. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. Am J Gastroenterol 2006;101:2139-2146.
6. Jones TA, Davis ME, Glantz AI. Bouveret's syndrome presenting as upper gastrointestinal hemorrhage without hematemesis. Am Surg 2001;67:786-789.
7. Koulouzidis A, Moschos J. Bouveret's syndrome. Narrative review. Ann Hepatol 2007;6:89-91.
8. Lowe AS, Stephenson S, Kay CL, May J. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature. Endoscopy 2005;37:82-87.
9. Iancu C, Bodea R, Al Hajjar N, Todea D, Bala O, Acalovschi I. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. J Gastrointestinal Liver Dis March 2008;17:87-90.
10. Vidal O, Seco J, Álvarez A, Triñanes J, Serrano L, Serrano S. Síndrome de Bouveret: cinco casos. Rev Esp Enf Digest 1994;86:839-844.
11. Íñiguez A, Butte JM, Zúñiga JM, Crovari F, Llanos O. Bouveret syndrome, report of four cases. Rev Med Chile 2008;136:163-168.
12. Doko M, Zovak M, Kopljari M, Glavan E, Ljubicic N, Hochstadter H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. World J Surg 2003;27:400-404.