

SÍNDROME DE BOUVERET: CAUSA INUSUAL DE ÍLEO BILIAR

BOUVERET SYNDROME: UNUSUAL CAUSE OF GALLSTONE ILEUS

SÍNDROME DE BOUVERET: CAUSA INCOMUM DE ÍLEO BILIAR

Juan Ramón y Cajal Calvo¹; Carlota Bello Franco²; Laura Sesé Lacamara³; Miguel Costa Lorente⁴; Leticia Moreno Caballero⁵

El síndrome de Bouveret es un cuadro raro que consiste en la obstrucción del tracto de salida gástrica debido a la impactación de un cálculo de la vesícula biliar que produce una fístula o comunicación entre la vesícula y el duodeno. La clínica que presenta fundamentalmente es dolor epigástrico, náuseas y vómitos. Para su diagnóstico es importante una correcta historia clínica y también la realización de pruebas de imagen radiológicas. El principal objetivo es remover el cálculo impactado en el intestino y así solucionar la obstrucción causante del cuadro clínico del paciente, mediante endoscopia o cirugía.

Conceptos clave:

¿Qué se sabe sobre el tema? El síndrome de Bouveret es una patología poco común que genera obstrucción intestinal debido a la aparición de una fístula bilio-duodenal por la presencia de una litiasis biliar de gran tamaño. Esta afección es fácilmente infra diagnosticada, teniendo una elevada mortalidad si el diagnóstico es demorado.

Las herramientas diagnósticas que han demostrado ser útiles para el diagnóstico de esta enfermedad incluyen la endoscopia gastrointestinal superior, la ecografía abdominal y la tomografía computarizada.

¿Qué aporta este trabajo? Se presenta el caso de un paciente con clínica característica sugestiva de síndrome de Bouveret. Las imágenes tanto ecográficas como de la tomografía computarizada muestran un patrón característico de esta patología. Este artículo aporta conocimientos centrados en los hallazgos radiológicos incluyendo imágenes intraoperatorias del cálculo de grandes dimensiones causante de la obstrucción intestinal.

1. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. E-mail de contacto: jramonycajalc@gmail.com

2. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

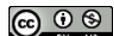
3. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

4. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

5. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Recibido: 2020-09-15 Aceptado: 2020-11-08

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.30300>



© Universidad Nacional de Córdoba

Resumen:

Introducción: El síndrome de Bouveret consiste en una obstrucción de la salida gástrica debido a la impactación de un cálculo biliar en el bulbo duodenal después de la migración a través de una fístula colecistoduodenal.

Caso Clínico: Paciente con cuadro de dolor abdominal difuso de tipo cólico, diarreas y vómitos de aspecto amarillento. Las pruebas de imagen realizadas ponen de manifiesto una importante dilatación gástrica y duodenal con presencia de gas a nivel vesicular con la existencia de una fístula colecistoduodenal con una imagen redondeada intraluminal en yeyuno proximal compatibles con litiasis migrada. El paciente fue intervenido de urgencia mediante una enterotomía con la extracción del cálculo y cierre de la misma.

Discusión: El síndrome de Bouveret es una condición poco común de íleo biliar que causa una morbilidad y mortalidad significativa y, a menudo, ocurre en ancianos con comorbilidades importantes. Se requieren estrategias de diagnóstico y tratamiento individuales para un manejo y resultado óptimos, siendo el tratamiento endoscópico o la cirugía por vía abierta los dos tratamientos disponibles para la resolución del cuadro.

Conclusión: El síndrome de Bouveret es una afección potencialmente mortal con obstrucción de la salida gástrica causada por cálculos biliares grandes. En la mayoría de los casos, se requiere una tomografía computarizada para su diagnóstico y si bien en algunos casos, los tratamientos percutáneos y endoscópicos pueden tener éxito como tratamiento de primera línea, la mayoría de los pacientes precisan de una cirugía para la extracción de cálculos.

Palabras claves: íleon; enfermedades de los conductos biliares; fístula.

Abstract

Introduction: Bouveret syndrome consists of an obstruction of the gastric outlet due to the impaction of a gallstone in the duodenal bulb after migration through a cholecystoduodenal fistula.

Clinical Case: Patient with diffuse colicky abdominal pain, diarrhea and yellowish vomiting. The imaging tests carried out reveal significant gastric and duodenal dilation with the presence of gas at the gallbladder level with the existence of a cholecystoduodenal fistula with a rounded intraluminal image in the proximal jejunum compatible with migrated lithiasis. The patient underwent emergency surgery through an enterotomy with removal of the calculus and its closure.

Discussion: Bouveret's syndrome is a rare gallstone ileus condition that causes significant morbidity and mortality and often occurs in the elderly with significant comorbidities. Individual diagnosis and treatment strategies are required for optimal management and results, with endoscopic treatment or open surgery being the two treatments available for resolution of the condition.

Conclusion: Bouveret syndrome is a life-threatening condition with gastric outlet obstruction caused by large gallstones. In most cases, a CT scan is required for diagnosis, and although in some cases percutaneous and endoscopic treatments can be successful as first-line treatment, most patients require surgery to remove stones.

Keywords: ileum; bile duct diseases; fistula.

Resumo

Introdução: A síndrome de Bouveret consiste na obstrução da saída gástrica devido à impactação de um cálculo biliar no bulbo duodenal após a migração através de uma fístula colecistoduodenal.

Caso Clínico: Paciente com dor abdominal em cólica difusa, diarreia e vômitos amarelados. Os exames de imagem realizados revelaram dilatação gástrica e duodenal significativa com presença de gás ao nível da vesícula biliar com existência de fístula colecistoduodenal com imagem intraluminal arredondada no jejunum proximal compatível com litíase migrada. O paciente foi submetido a cirurgia de urgência através de enterotomia com retirada do cálculo e seu fechamento.

Discussão: A síndrome de Bouveret é uma condição incomum de íleo biliar que causa morbidade e mortalidade significativas e frequentemente ocorre em idosos com comorbidades significativas. O diagnóstico individual e as estratégias de tratamento são necessários para uma gestão e resultados ideais, sendo o tratamento endoscópico ou cirurgia aberta os dois tratamentos disponíveis para a resolução da doença.

Conclusão: A síndrome de Bouveret é uma condição com risco de vida com obstrução da saída do estômago causada por cálculos biliares grandes. Na maioria dos casos, uma tomografia computadorizada é necessária para o diagnóstico e, embora em alguns casos os tratamentos percutâneos e endoscópicos possam ser bem-sucedidos como tratamento de primeira linha, a maioria dos pacientes requer cirurgia para remover cálculos.

Palavras chave: íleo; doenças dos ductos biliares; fístula.

Introducción

El síndrome de Bouveret consiste en una obstrucción de la salida gástrica debido a la impactación a gran escala de un cálculo biliar grande en el bulbo duodenal después de la migración a través de una fístula colecistoduodenal. El íleo biliar es una enfermedad que afecta principalmente a mujeres, y la fisiopatología a menudo se explica por un episodio previo de colecistitis aguda. La incidencia es mayor en personas de edad avanzada con comorbilidades o enfermedades de las vías biliares.

Presentamos el caso clínico de un paciente de edad avanzada con un síndrome de Bouveret, el cual fue inicialmente infradiagnosticado pero que gracias a los hallazgos en las pruebas de imagen durante el ingreso fue correctamente tratado mediante tratamiento quirúrgico con una satisfactoria evolución posterior.

Caso Clínico

Presentamos un paciente de 87 años de edad, que acude al servicio de urgencias por un cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal difuso de tipo cólico, diarreas y vómitos de aspecto amarillento.

Como antecedentes médicos de interés destaca un ictus de la arteria cerebral posterior derecha 5 años atrás, dislipemia y colelitiasis de años de evolución.

A la exploración física el paciente se encuentra consciente y orientado, sin fiebre y con una leve sequedad en piel y mucosas. El abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa con peristaltismo conservado. La analítica sanguínea no muestra alteraciones significativas a excepción de una leucocitosis de 14.000 unidades por milímetro cúbico de sangre con neutrofilia y una proteína C reactiva elevada (55.7 mg/dl).

El paciente es valorado por el servicio de cirugía que considera una posible isquemia mesentérica como causa del cuadro, desestimando la intervención quirúrgica urgente, por lo que el paciente es ingresado en planta.

Durante el ingreso persiste el cuadro de vómitos e intolerancia oral por lo que se amplía el estudio mediante una ecografía abdominal. La ecografía evidencia un marco duodenal dilatado y varias asas de intestino de yeyuno e íleon dilatadas con la imagen de un cálculo en su interior, presentando baja motilidad, acorde con los datos clínicos de íleo. En la región del hipocondrio derecho se encuentra una vesícula biliar distendida con trilaminación parietal de la misma y alguna imagen hiperecogénica compatible con litiasis en el teórico infundíbulo vesicular.

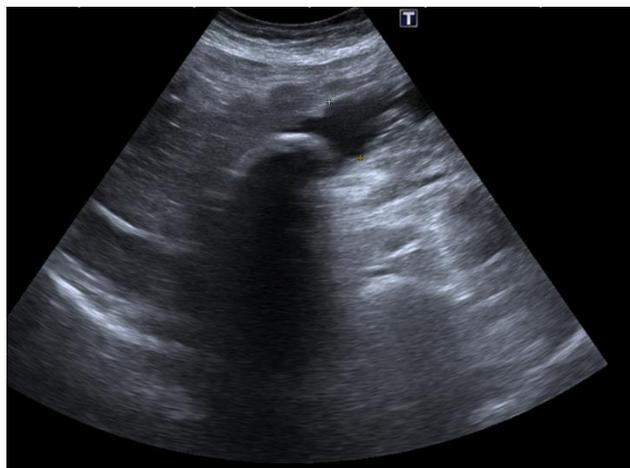


Figura 1: Ecografía abdominal. Se visualiza asa de intestino delgado dilatada, con la presencia de una imagen hiperecogénica en su interior con sombra acústica posterior correspondiente con litiasis.

Ante el empeoramiento clínico del paciente se decide realizar una tomografía computarizada que pone de manifiesto una importante dilatación gástrica, así como de la primera porción duodenal con presencia de gas a nivel del lecho vesicular con la existencia de una fístula colecistoduodenal con una imagen redondeada intraluminal de morfología en diana en yeyuno proximal compatible con litiasis migrada.



Figura 2: TC abdominopélvico corte axial tras la administración de contraste. Se visualiza engrosamiento parietal vesicular con la presencia de aire en su interior. También se objetiva asas de intestino delgado con cierta dilatación en hipocondrio izquierdo.

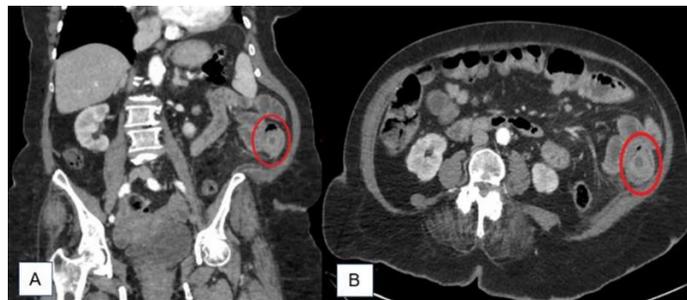


Figura 3 A y B: TC abdominopélvico tras la administración de contraste intravenoso en corte coronal (A) y axial (B). Se visualiza una imagen redondeada intraluminal de morfología en diana (círculo rojo) en yeyuno proximal compatible con litiasis.

El servicio de cirugía tras valorar al paciente y las pruebas complementarias, decide realizar una intervención quirúrgica urgente con la sospecha de obstrucción intestinal por probable íleo biliar.

Se interviene de urgencia ese mismo día bajo anestesia general, a través de una laparotomía media, objetivando un cuadro de obstrucción intestinal con un cambio de calibre de unos 12 cm del ángulo de Treitz donde se encontraba un gran cálculo biliar migrado desde la vesícula. Se realizó una enterotomía, extracción del cálculo y cierre de la misma. Siendo los hallazgos intraoperatorios correspondientes con un síndrome de Bouveret con litiasis en yeyuno proximal.



Figura 4: Imagen intraoperatoria donde se visualiza la litiasis causante del íleo biliar y del cuadro clínico del paciente.

La evolución postoperatoria fue favorable, pudiendo reiniciarse sin incidencias la alimentación oral y siendo dado de alta hospitalaria a los pocos días de la intervención debido a la mejoría y estabilidad clínica.

Discusión

El síndrome de Bouveret se origina cuando un cálculo biliar ingresa en el intestino delgado a través de una fístula biliopancreática y se impacta en el duodeno o el estómago, causando una obstrucción intestinal.¹ El cuadro lleva el nombre de Leon August Bouveret, médico internista francés que realizó el primer diagnóstico preoperatorio de esta patología en 1896.²

Es una forma poco común de presentación de íleo biliar con tasas de mortalidad clásicas significativas de alrededor del 30%.³ Es más prevalente en ancianos y en mujeres, con edad avanzada de entorno a los 60-70 años de edad y una historia clínica de litiasis biliar.⁴

La formación de una fístula bilioentérica se inicia cuando las paredes del sistema biliar y los intestinos están crónicamente inflamadas y adherentes. El aumento de la presión intraluminal causada por la obstrucción conduce a isquemia y necrosis local, lo que permite que el cálculo biliar perfora las paredes y pase al intestino.⁵

De todos los pacientes con cálculos biliares, entre el 0,3 y hasta el 5% desarrollan fístulas bilioentéricas.⁶

El diagnóstico del síndrome de Bouveret precisa de un diagnóstico rápido, por los riesgos de morbilidad y mortalidad. Los síntomas más comunes se describen como una tríada que consiste en dolor epigástrico, náuseas y vómitos.

Los diagnósticos diferenciales pueden incluir la úlcera péptica perforada, pancreatitis o vólvulo gástrico⁷. Es importante considerar el diagnóstico de síndrome de Bouveret en pacientes mayores de 70 años o con antecedentes de enfermedad de cálculos biliares sintomática y clínica compatible.

El uso de estudios de imágenes en combinación con la presentación clínica es importante para reconocer esta patología. Se recomienda una ecografía abdominal para evaluar una posible colecistitis aguda, sin embargo, las desventajas de esta técnica incluyen dificultades a la hora de visualizar el cálculo biliar, así como la abundante neumatización intestinal que muchas veces presentan los pacientes a la hora de realizar la exploración. En la mayoría de los casos, la tomografía computarizada puede proporcionar información importante sobre la presencia de una fístula, el estado inflamatorio de la luz intestinal y el tejido circundante y el tamaño, número y ubicación de los cálculos biliares ocluidos, permitiendo el correcto diagnóstico del síndrome de Bouveret. En aproximadamente el 20-40% de todos los casos, el diagnóstico final solo se establecerá durante la cirugía.⁷

Muchos autores han adoptado la postura de que los abordajes endoscópicos o percutáneos siempre deben intentarse antes de la laparotomía. La razón principal reside en que el síndrome de Bouveret tiende a afectar a población anciana, malos candidatos para cirugía en presencia de múltiples comorbilidades. Sin embargo, a pesar de algunos informes de éxito, el 90% de los pacientes tendrán que someterse a una laparotomía para el tratamiento definitivo.⁸

El tamaño del cálculo biliar también es un factor importante a considerar porque especialmente los cálculos de más de 2,5 cm son difíciles de eliminar por vía endoscópica y también pueden impactarse en el esófago. Otros riesgos del tratamiento endoscópico incluyen la hemorragia o perforación de la pared intestinal durante la extracción del cálculo.⁹

La principal modalidad de tratamiento es la cirugía, considerando las opciones quirúrgicas más comunes para extraer el cálculo la enterolitotomía y la gastrotomía. La obstrucción del intestino delgado debe tratarse mediante una enterolitotomía con incisión antimesentérica longitudinal en la mayoría de las ocasiones.¹⁰ En caso de necrosis de una porción intestinal se requiere la resección por el daño irreversible establecido.

Se recomienda una estrategia de tratamiento quirúrgico individualizada cuando el tratamiento endoscópico no es una opción posible o ha fallado. La tasa de mortalidad del síndrome de Bouveret, que clásicamente era tan alta como el 30%, se ha reducido considerablemente a entorno al 12% tras un diagnóstico rápido y un tratamiento eficaz.¹¹

Consideraciones finales

El síndrome de Bouveret es una afección poco común pero potencialmente mortal con obstrucción de la salida gástrica causada por cálculos biliares grandes.

En la mayoría de los casos, se requiere una tomografía computarizada para el diagnóstico y los pacientes a menudo requieren tratamiento de cuidados intensivos para la estabilización hemodinámica. En algunos

casos, los tratamientos percutáneos y endoscópicos pueden tener éxito como tratamiento de primera línea. La mayoría de los pacientes deben someterse a una cirugía para la extracción de cálculos.

Una estrategia de tratamiento y manejo individual con el momento óptimo de la cirugía y un enfoque quirúrgico restrictivo deben considerarse como base para un resultado óptimo del paciente

Limitaciones de responsabilidad

No responsabilidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa o del Sistema Aragonés de Salud en el estudio.

Conflictos de interés

Ninguno

Fuentes de apoyo

No intervención de empresas externas en el proyecto. No subvenciones u otras fuentes de apoyo

Originalidad del trabajo

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Sesión de derechos

Los participantes de este trabajo ceden el derecho de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

Participación de los autores

Todos los autores han participado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Bibliografía

1. Nickel F, Müller-Eschner MM, Chu J, von Tengg-Kobligh H, Müller-Stich BP. *BMC Surg*. 2013 Sep 4;13:33.
2. Qasaimeh G, Bakkar S, Jadallah K. *Bouveret Syndrome: An Overlooked Diagnosis. A case report and review literature. Int Surg*. 2014; 99:819-823.
3. Koulaouzidis A, Moschos J: *Bouveret's syndrome. Narrative review. Ann Hepatol*. 2007, 6 (2): 89-91.
4. Mavroeidis V, Mattioudakis D, Economu M, Karanikas I. *Bouveret Syndrome, the rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review. CRS*. 2013;1:1-6.
5. Langhorst J, Schumacher B, Deselaers T, Neuhaus H: *Successful endoscopic therapy of a gastric outlet obstruction due to a gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome. Gastrointest Endosc*. 2000, 51 (2): 209-213.
6. Beuran M, Ivanov I, Venter MD: *Gallstone ileus—clinical and therapeutic aspects. J Med Life*. 2010, 3 (4): 365-371.
7. Cappell MS, Davis M: *Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. Am J Gastroenterol*. 2006, 101: 2139-2146
8. Abdallah MA, Atiq M, Kushnir V, et al. *Management of Bouveret's syndrome. J Dig Dis*. 2019;20(4):215-219
9. 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.
10. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, et al. *Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. Ann Surg*. 2014; 259(2):329-335.
11. Caldwell KM, Lee SJ, Leggett PL, Bajwa KS, Mehta SS, Shah SK. *Bouveret syndrome: current management strategies. Clin Exp Gastroenterol*. 2018;11:69-75.