



PRESENTACIÓN DE CASO

Síndrome de Bouveret como variante de íleo biliar

Bouveret syndrome as a variant of gallstone ileus

Germán D. Londoño-Ruiz¹ , Laura Niño-Torres² , Andrés O. Guzmán³ ,
Viviana C. Buitrago³ 

1 Médico, residente de Cirugía general, Universidad de Rosario, Bogotá, D.C., Colombia

2 Médica, especialista en Cirugía general, Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.

3 Médico, especialista en Cirugía general, Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, D.C., Colombia.

Resumen

Introducción. El síndrome de Bouveret es una variante del íleo biliar, de rara presentación dentro de las causas de obstrucción intestinal, generada por la impactación de un lito biliar a nivel del duodeno, secundario a la formación de una fístula bilioentérica. Es más común en mujeres en la octava década de la vida, con múltiples comorbilidades. y presenta síntomas inespecíficos, documentándose la triada de Rigler hasta en el 80 % de las tomografías de abdomen. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 76 años, con múltiples antecedentes y cuadros previos de cólico biliar, que consultó por dolor abdominal y signos de hemorragia de vías digestivas altas y se documentó un síndrome de Bouveret. Fue tratada en la misma hospitalización mediante extracción quirúrgica del cálculo con posterior resolución de su sintomatología.

Conclusión. A pesar de que el síndrome de Bouveret es una entidad de infrecuente presentación, los cirujanos generales deben estar familiarizados con esta patología, en el contexto del paciente que consulta con un cuadro de obstrucción intestinal, conociendo el valor de la tomografía de abdomen y la endoscopia de vías digestivas altas, teniendo en cuenta la edad y las condiciones del paciente para definir el manejo quirúrgico más adecuado.

Palabras clave: cálculos biliares; obstrucción intestinal; obstrucción duodenal; obstrucción de la salida gástrica; fístula del sistema digestivo; fístula biliar.

Abstract

Introduction. Bouveret's syndrome is a variant of gallstone ileus, of rare presentation within the causes of intestinal obstruction, generated by the impaction of a biliary stone at the level of the duodenum, secondary to the formation of a biliary-enteric fistula. It is more common in women in the eighth decade of life, with multiple comorbidities,

Fecha de recibido: 02/03/2021 - Fecha de aceptación: 09/09/2021 - Publicación en línea: 23/06/2022

Correspondencia: Germán Darío Londoño-Ruiz, Carrera 13 # 44-34 Centrika, Bogotá, D.C., Colombia. Teléfono: (+57) 3122957464.

Dirección electrónica: germand.londono@urosario.edu.co

Citar como: Londoño-Ruiz GD, Niño-Torres L, Guzmán AO, Buitrago VC. Síndrome de Bouveret como variante de íleo biliar. Rev Colomb Cir. 2022;37:695-700. https://doi.org/10.30944/20117582.892

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

and presents non-specific symptoms, with Rigler's triad being documented in up to 80% of abdominal CT scans. Surgery remains the treatment of choice.

Clinical case. We present the case of a 76-year-old patient, with history of multiple episodes of biliary colic, who consulted for abdominal pain and signs of upper gastrointestinal bleeding. Bouveret's syndrome was documented. She was treated in the same hospitalization by surgical extraction of the stone with subsequent resolution of her symptoms.

Conclusion. Although Bouveret's syndrome is an entity of infrequent presentation, general surgeons must be familiar with this pathology in the context of the patient who presents with intestinal obstruction, knowing the value of abdominal tomography and upper GI endoscopy, taking into account the age and conditions of the patient to define the most appropriate surgical management.

Keywords: gallstones; intestinal obstruction; duodenal obstruction; gastric outlet obstruction; GI fistula; biliary fistula.

Introducción

El síndrome de Bouveret es una patología descrita por primera vez en 1770 cuando Beaussier reportó un paciente con obstrucción duodenal por un cálculo de origen biliar, sin embargo, no fue sino hasta 1869, cuando Leon Bouveret publicó dos casos similares, que esta patología recibe su nombre ¹.

Es una variante rara del íleo biliar, en donde se encuentra impactado un cálculo en el duodeno; este cálculo biliar erosiona a través de la pared de la vesícula biliar y el duodeno, por la inflamación persistente en el área circundante y la necrosis por compresión, generando una fístula bilioentérica ².

Esta patología es tan inusual que representa solo 2 al 3 % de todas las obstrucciones relacionadas con cálculos biliares en el tracto gastrointestinal; además de que solo en 0,3 al 5 % de los cálculos biliares desarrollan fístulas ^{1,3}.

Se ha documentado una mayor prevalencia de síndrome de Bouveret en mujeres ancianas (con una relación mujeres a hombres de 9 a 1) y mediana de edad de presentación hacia la octava década de la vida ⁴.

Los síntomas son muy inespecíficos, por lo que se debe tener alta sospecha clínica ⁵. La triada de Rigler se puede observar en una radiografía de tórax, pero con mayor frecuencia se evidencia en la tomografía de abdomen ⁶. La endoscopia de vías digestivas altas puede ayudar en algunos casos

con el diagnóstico y se han reportado casos con fines terapéuticos ^{7,8}.

El tratamiento del síndrome de Bouveret tradicionalmente y en la gran mayoría de los casos es quirúrgico ⁹ y depende de las características clínicas del paciente, pudiendo llegar a ser solo la extracción del cálculo por enterotomía/gastrotomía, hasta la extracción del cálculo con colecistectomía y corrección de la fístula en casos seleccionados ^{10,11}.

En este artículo se describe el caso de una paciente en la octava década de la vida con múltiples comorbilidades, que presenta un síndrome de Bouveret, a quien se llevó a cirugía para resolución de su cuadro de obstrucción intestinal.

Caso clínico

Paciente femenina de 76 años, con historia de hospitalización dos meses antes por cuadro de colecistitis aguda Tokio III, que fue manejada médicamente por alto riesgo anestésico, dado por hipertensión arterial, bloqueo de rama izquierda, diabetes mellitus tipo II insulino-requiriente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con requerimiento de oxígeno suplementario, hipotiroidismo con suplementación y obesidad mórbida (IMC 44,8 kg/m²).

La paciente consultó de nuevo a urgencias por cuadro de dolor abdominal que se localizaba en el hipocondrio derecho, asociado a múltiples episo-

dios eméticos, sin coluria o acolia. Al examen físico sin evidencia de signo de Murphy. Se realizaron laboratorios con hemograma sin leucocitosis, sin anemia, plaquetas dentro de rango de normalidad, bilirrubina total 0,60 mg/dl, bilirrubina directa 0,24 mg/dl, fosfatasa alcalina 89 UI/L, transaminasa glutámico oxalacética (TGO) 12 UI/L y transaminasa glutámico pirúvica (TGP) 10 UI/L. La ecografía de abdomen reportó colelitiasis sin colecistitis y colédoco de 4 milímetros.

Durante su estancia hospitalaria modula mal el dolor, por lo cual se realizó tomografía computarizada de abdomen, en la cual se observó una imagen sugestiva de cálculo a nivel del duodeno, con obstrucción intestinal retrógrada secundaria y neumobilia. Además, la paciente presentó deposiciones melénicas, por lo cual se sospechó hemorragia de vías digestivas altas con Blatchford de 1 punto. Fue llevada a endoscopia de vías digestivas altas, donde se documentó en la base del bulbo duodenal un defecto de la pared con solución de continuidad que comunicaba con una cavidad epitelizada, con múltiples imágenes sugestivas de cálculos; se exploró la segunda porción del duodeno encontrando un cálculo gigante de aproximadamente 45 mm, que obstruía la luz del duodeno, por lo cual se diagnosticó un síndrome de Bouveret.

La paciente fue llevada a procedimiento quirúrgico por laparotomía mediana supraumbilical. Se realizó maniobra de Kocher encontrando un cálculo de 10 x 5 cm impactado en la tercera porción del duodeno, que condiciona obstrucción y dilatación retrógrada con despulimiento de la serosa en sitio de la impactación, de 4 cm en el borde antimesentérico. Se decidió avanzar el cálculo hasta la primera asa yeyunal (Figura 1), se realizó enterotomía a 5 cm del asa fija (Figura 2) y se extrajo el cálculo (Figura 3). Para finalizar se hizo cierre transverso del asa de yeyuno en dos planos y refuerzo con puntos seromusculares del área sin serosa; se cubrió la sutura con sellante de fibrina tipo Tisseel.

La paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con requerimiento de soporte vasopresor y ventilatorio. Por buena evolución clínica se logró egreso hospitalario al séptimo día posoperatorio sin complicaciones.



Figura 1. Cálculo de 10 x 5 cm en el duodeno, el cual se avanza manualmente hasta la primera asa de yeyuno.

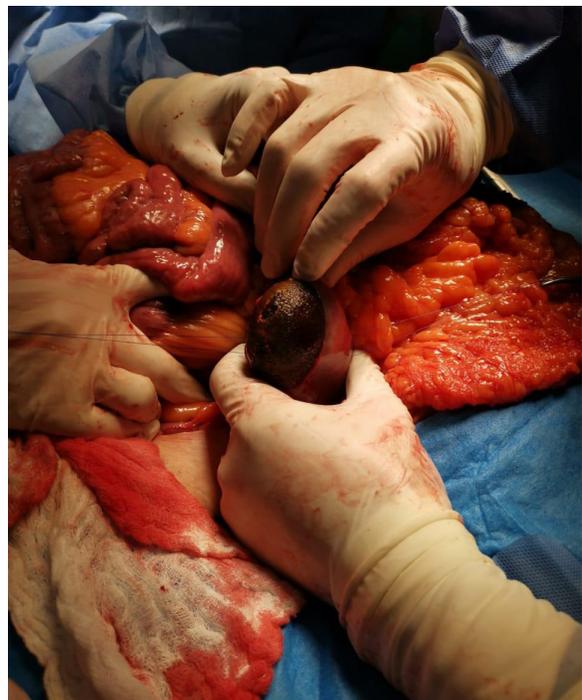


Figura 2. Enterotomía longitudinal para la extracción del cálculo.



Figura 3. Cálculo biliar extraído

Discusión

Dado lo inusual de la presentación del síndrome de Bouveret, es difícil de diagnosticar, además de que presenta síntomas inespecíficos, muy comunes en otras causas de obstrucción intestinal de etiologías más frecuentes; por esto, se requiere que los clínicos tengan un alto índice de sospecha ⁵.

Clásicamente se ha descrito la triada de Rigler (neumobilia, obstrucción intestinal y cálculos biliares radiopacos ectópicos), que puede considerarse patognomónica de obstrucción secundaria a íleo biliar, pero solo se presenta en un 15 % de las radiografías de abdomen simple, ya que normalmente los cálculos son radiolúcidos o transparentes. Sin embargo, la triada se ha reportado hasta en un 80 % de las tomografías computarizadas de abdomen de pacientes con íleo biliar ⁶.

La endoscopia de vías digestivas altas puede mostrar signos de obstrucción intestinal en la mayoría de los casos, pero solo en el 69 % logra evidenciar el cálculo impactado y en el 13 % el

estoma fistuloso ⁷. Aunque este método también se ha reportado como mecanismo para extraer los cálculos ⁸, hasta el 91 % de los pacientes requieren cirugía ⁹.

El tratamiento se puede realizar como “cirugía en una sola etapa”, es decir, la cirugía biliar realizada al mismo tiempo que la eliminación de la obstrucción intestinal, o “cirugía en dos tiempos”, la cual consiste en posponer la cirugía biliar (colecistectomía y reparación de la fístula) a una etapa posterior ¹⁰.

El tratamiento ideal se debe basar en las características de cada paciente. En los pacientes ancianos con comorbilidades asociadas se deben extraer los cálculos, y solo si presentan complicaciones biliares recurrentes se debe considerar la realización de colecistectomía posterior a la reparación de la fístula. La reparación de la fístula con colecistectomía en el mismo procedimiento quirúrgico en que se resuelve la obstrucción intestinal solo se debe pensar en pacientes jóvenes con buen estado general ¹¹.

El síndrome de Bouveret en el pasado reportaba tasas de mortalidad del 30 al 50 % de los casos, pero en los últimos años ha disminuido, siendo ahora del 12 % ¹⁰.

En este artículo se reporta una paciente en la octava década de la vida, quien ya había presentado colecistitis aguda clasificada como Tokio III y fue manejada con antibióticos; que ingresó con dolor abdominal y múltiples episodios eméticos como manifestación de su obstrucción intestinal, lo cual es un hallazgo clásico documentado en la presentación del síndrome de Bouveret; adicionalmente presenta signos de hemorragia de vías digestivas altas, posiblemente secundario al daño del cálculo sobre la mucosa duodenal, siendo esto, una manifestación poco usual del síndrome de Bouveret.

En la endoscopia de vías digestivas altas se observó la fístula en la base del bulbo duodenal con comunicación hacia la vesícula biliar, en contraste con lo reportado en la literatura donde solo en el 13 % se logra visualización del trayecto fistuloso por este método diagnóstico. En la tomografía de abdomen realizada a la paciente se observó la triada de Rigler completa, ayudando al diagnóstico.

Así pues, la obstrucción intestinal en el contexto de pacientes con cuadros previos de cólicos biliares aún no tratados, sobretodo, en mujeres entre la séptima y octava década de la vida, debe hacer pensar al cirujano general en la posibilidad de un síndrome de Bouveret. En caso de que el paciente se encuentre clínicamente estable, sin signos que sugieran sufrimiento de asa intestinal y se hayan descartado otras causas de obstrucción intestinal (como hernias encarceladas), la tomografía computarizada de abdomen es el método de elección para documentar la posible causa de la obstrucción intestinal, puesto que permite visualizar signos clásicos de fistulas bilioentéricas, como la neumobilia, o incluso documentar el lito en las asas intestinales delgadas, en algunos casos.

Durante la laparotomía, ante el hallazgo de un cálculo de 10 x 5 cm impactado en la tercera porción duodenal, que no era susceptible de ser extraído por gastrotomía, se decidió avanzar hacia el yeyuno para la extracción. Debido a su edad, la obesidad mórbida y los antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no se le realizó tratamiento adicional a la vesícula biliar, buscando disminuir la morbilidad del procedimiento quirúrgico, logrando así el egreso vivo de la paciente.

Conclusión

El síndrome de Bouveret es una entidad poco frecuente dentro de las causas de obstrucción intestinal y aun así también es una complicación inusual de paciente con cálculos de origen biliar. La mayoría de los casos requieren de imágenes, como la tomografía computarizada de abdomen para su diagnóstico, aunque en algunos casos se puede identificar la triada de Rigler en una radiografía de abdomen. El manejo de estos pacientes debe ser individualizado según la edad y las comorbilidades; la cirugía generalmente es el tratamiento estándar, con el fin de resolver la obstrucción intestinal, y en los casos que se pueda, tratar la causa con colecistectomía.

Agradecimientos

A todo el personal del Hospital Occidente de Kennedy, de la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia, en especial a los médicos del servicio de cirugía general.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Basados en la resolución 8430 de 1993, se obtuvo el debido consentimiento informado por parte de la paciente para la publicación del caso.

Conflictos de interés: Los autores no declaramos tener conflictos de interés.

Fuentes de financiación: No se ha recibido ningún apoyo para la realización del estudio.

Contribución de los autores

Diseño: Germán Darío Londoño-Ruiz.

Adquisición de datos: Laura Niño-Torres.

Análisis: Laura Niño-Torres

Interpretación de datos y revisión temática: Andrés O. Guzmán-Ávila, Viviana Buitrago.

Redacción del manuscrito: Germán Darío Londoño-Ruiz.

Revisión crítica: Laura Niño-Torres

Referencias

- Haddad FG, Mansour W, Deeb L. Bouveret's syndrome: literature review. *Cureus*. 2018;10:e2299. <https://doi.org/10.7759/cureus.2299>
- Philipose J, Khan HM, Ahmed M, Idiculla PS, Andrawes S. Bouveret's syndrome. *Cureus*. 2019;11:e4414. <https://doi.org/10.7759/cureus.4414>
- Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg*. 2007;31:1292-7. <https://doi.org/10.1007/s00268-007-9011-9>
- Warren DJ, Peck RJ, Majeed AW. Bouveret's syndrome: a case report. *J Radiol Case Rep*. 2008;2:14-7. <https://doi.org/10.3941/jrcr.v2i4.60>
- Evola G, Caramma S, Caruso G, Dapri G, Evola FR, Reina C, Reina GA. Bouveret's syndrome as a rare complication of cholelithiasis: Disputes in current management and report of two cases. *Int J Surg Case Rep*. 2020;71:315-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.05.019>
- Roothans D, Anguille S. Rigler triad in gallstone ileus. *CMAJ*. 2013;185:E690. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121432>

7. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2139-46.
<https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00645.x>
8. Hussain A, Obaid S, El-Hasani S. Bouveret's syndrome: endoscopic or surgical treatment. *Updates Surg*. 2013;65:63-5.
<https://doi.org/10.1007/s13304-011-0131-2>
9. Lowe AS, Stephenson S, Kay CL, May J. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature. *Endoscopy*. 2005;37:82-7.
<https://doi.org/10.1055/s-2004-826100>
10. Arioli D, Venturini I, Masetti M, Romagnoli E, Scarcelli A, Ballesini P, et al. 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;14:125-8.
11. Brezean I, Aldoescu S, Catrina E, Fetche N, Marin I, Păcescu E. Gallstone ileus: analysis of eight cases and review of the literature. *Chirurgia (Bucur)*. 2010;105:355-9.