

Oclusión intestinal como complicación de la colelitiasis: Síndrome de Bouveret

Porras Martínez Wendy Jaquelyn,¹ Hipólito Hernández Leonel,²
Figueroa Quiñones Uriel³

Intestinal obstruction as a complication of cholelithiasis: Bouveret syndrome

Recibido: 19 de marzo 2024

Aceptado: 5 de junio de 2024

Resumen

Introducción: el Síndrome de Bouveret es una patología poco común generada por la impactación de un lito biliar que genera obstrucción del tracto de salida gástrico mediante una fístula colecisto-entérica.

Caso Clínico: femenino de 66 años con datos clínicos de oclusión intestinal, se realiza laparotomía exploratoria encontrándose zona de obstrucción a 220cm de la válvula ileocecal a expensas de lito vesicular, se realiza enterotomía a 190cm de la válvula y se extrae de lito de 3cm. Se realiza cierre primario en dos planos y se logra el egreso hospitalario diez días posteriores al evento quirúrgico.

Discusión: el diagnóstico generalmente se realiza con la triada de Rigler: estómago dilatado, neumobilia y opacidad sugerente de lito biliar entérico. Los métodos alternativos para obtener el diagnóstico incluyen modalidades de imágenes transversales como la TC y la CPRM.

Conclusión: El tratamiento endoscópico ha mostrado buenos resultados, sin embargo, presenta baja tasa de éxito, principalmente en casos con litos de gran tamaño, por lo que la cirugía mediante laparotomía y enterotomía continúa siendo el pilar terapéutico.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Bouveret, Fístula, Oclusión intestinal, Enterotomía.

Abstract

Introduction: Bouveret syndrome is a rare pathology generated by the impaction of a biliary stone that generates obstruction of the gastric outlet tract through a cholecysto-enteric fistula.

Clinical Case: 66-year-old female with clinical data of intestinal obstruction, exploratory laparotomy was performed, finding an area of obstruction 220cm from the ileocecal valve at the expense of gallbladder stone, enterotomy was performed 190cm from the valve and a 3cm stone was removed. Primary closure is performed in two planes and hospital discharge is achieved ten days after the surgical event. **Discussion:** The diagnosis is generally made with Rigler's triad: dilated stomach, pneumobilia and opacity suggestive of enteric biliary stone. Alternative methods to obtain the diagnosis include cross-sectional imaging modalities such as CT and MRCP.

Conclusion: Endoscopic treatment has shown good results, however it has a low success rate, mainly in cases with large stones, so surgery through laparotomy and enterotomy continues to be the therapeutic pillar.

KEY WORDS

Bouveret syndrome, Fistula, Intestinal occlusion, Enterotomy.

¹ Hospital General de Zona N°20 IMSS, México. Correo: Correo: mcwendyporras@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-5003-8619

² Hospital General de Zona N°20 IMSS, México. ORCID: orcid.org/0009-0007-5990-0483 ³ Hospital General de Zona N°20 IMSS, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5234-2016>

Introducción

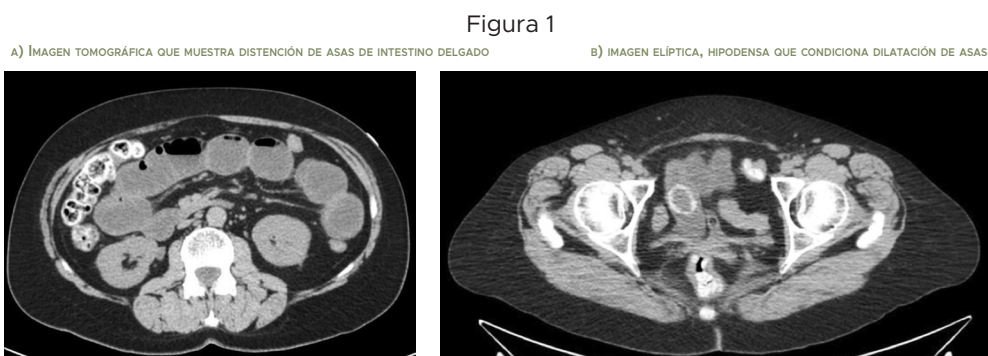
El Síndrome de Bouveret es una forma rara de íleo biliar caracterizada por la impactación de un lito biliar en el píloro o duodeno mediante una fístula colecisto-entérica causando obstrucción de la salida gástrica. La prevalencia del íleo biliar se presenta en 0.3-0.5 % de los pacientes con litiasis vesicular y el Síndrome de Bouveret representa 1-3 % del total de casos.¹

La enfermedad usualmente involucra a mujeres mayores y se presenta como dolor epigástrico y vómitos posprandiales. Algunas veces presenta manifestaciones no específicas como pancreatitis aguda, sangrado de tubo digestivo alto o perforación duodenal. La patología comienza con una colecistitis litiásica que conduce a la formación de adherencias entre la vesícula biliar y el duodeno. Los litos pueden provocar necrosis por presión en las paredes y eventualmente formar una fístula en el duodeno.²

Clínicamente cursa con síntomas inespecíficos siendo los más comunes náuseas y vómitos (85 %), epigastralgia-dolor en hipocondrio derecho (70 %) y pérdida de peso. Con menor frecuencia se presenta en forma de hematemesis, la cual puede ser secundaria a erosiones de la arteria duodenal y celiaco. En cuanto al tratamiento, el abordaje endoscópico o percutáneo fracasa en más de 90 % de los casos, por lo que en la práctica totalidad de pacientes se requiere finalmente una intervención quirúrgica. Al recuperarse del episodio agudo, se debe individualizar la decisión de realizar colecistectomía y cierre definitivo de la fístula.³⁻⁵

Caso Clínico

Femenino de 66 años sin enfermedades crónicas degenerativas, con alergia a sulfas y antecedentes quirúrgicos de 3 cesáreas y una abdominoplastia acude al servicio de urgencias por presentar tres días previos a su ingreso dolor abdominal generalizado, distensión abdominal y ausencia de evacuaciones y canalización de gases, se acompaña de náuseas y vómito de contenido biliar en múltiples ocasiones. Se realizan estudios de laboratorio encontrándose todos los valores dentro de rangos normales, la radiografía de abdomen evidenció distensión de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos. La tomografía axial computarizada contrastada abdominal reportó a nivel de yeyuno una imagen elíptica, hipodensa de 25x25mm sin realce al medio de contraste que condiciona dilatación de asas de hasta 32mm, sin engrosamiento de la pared (Figura 1). Se decide ingreso a quirófano para laparotomía exploratoria encontrándose 100ml de líquido de reacción inflamatoria, se exteriorizan asas intestinales encontrando zona de obstrucción a 220cm de la válvula ileocecal a expensas de lito vesicular, se realiza taxis anterógrada presentando perforación incidental a 190cm de la válvula por lo que se decide completar enterotomía para extracción de lito de 3cm (Figura 2), sobre la cual se realiza posteriormente cierre primario en dos planos. Se completa revisión del resto del intestino sin encontrar otro sitio de obstrucción. La paciente fue trasladada a piso de cirugía en donde por adecuada evolución postquirúrgica se logró el egreso hospitalario diez días posterior al evento quirúrgico.



Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El Síndrome de Bouveret es una causa rara de obstrucción del tracto de salida gástrica debida al paso e impactación de un lito de gran tamaño a través de una fístula colecisto-duodenal hacia el duodeno, que resulta en una obstrucción intestinal. Es la causa de 1-3 % de todos los casos de íleo y presenta mayor prevalencia en mujeres ancianas con una relación de mujeres a hombres de 9:1 y mediana de edad de presentación hacia la octava década de la vida.⁶⁻¹⁰

El íleo biliar solo se presenta en 2-4 % de los casos, donde el sitio más común de impactación es el íleon terminal. Los litos biliares que tienen asociación con impactación son usualmente de un tamaño mayor a 2-2.5 centímetros. En la colelitiasis, la aparición de fístulas bilioentéricas es rara, y ocurre en menos de 1 % de los pacientes, siendo la fístula colecisto-duodenal la más frecuente con 60 % de los casos.^{8,9}

Aproximadamente 85 % de los pacientes presentan náuseas y vómitos, además 70 % se queja de dolor abdominal. El diagnóstico generalmente se realiza con la triada de Rigler en la radiografía: estómago dilatado, neumobilia y opacidad sugerente de lito biliar entérico. Los métodos alternativos para obtener el diagnóstico incluyen modalidades de imágenes transversales como la TC y la CPRM.⁶

Existen múltiples opciones de tratamiento para el Síndrome de Bouveret. En pacientes jóvenes sin enfermedades significativas en el historial médico, la primera opción es un abordaje endoscópico del cálculo o diversas técnicas de litotricia, que pueden provocar complicaciones como obstrucción entérica distal por fragmentación del cálculo o sangrado y perforación por impacto de las ondas de choque en la pared intestinal. Se prefieren las modalidades de endoscopia y litotricia debido a sus tasas de mortalidad y morbilidad más bajas en comparación con la cirugía (1,6 %-17,3 %). Sin embargo, la intervención endoscópica tiene una menor tasa de éxito en comparación con la intervención quirúrgica (43 %-94,1 %). Las opciones quirúrgicas incluyen gastrotomía, pilorotomía, duodenotomía o en casos raros con un procedimiento de Whipple.⁶⁻⁸

El tratamiento se puede realizar en una sola etapa, es decir, la cirugía biliar realizada al mismo tiempo que la eliminación de la oclusión intestinal o cirugía en dos tiempos, la cual consiste en posponer la cirugía biliar (colecistectomía y reparación de la fístula) a una etapa posterior. Durante la cirugía se debe examinar la totalidad del intestino, debido a que en 16 % de casos puede haber otros cálculos biliares ubicados en una localización diferente en el tracto digestivo. Se habla que la tasa de complicaciones y mortalidad en la extracción de los litos es de 12 %, mientras que con colecistectomía y reparación de fístula aumenta a una tasa de 20-30 %. Se ha reportado que al dar seguimiento a las fístulas un porcentaje tiene cierre espontáneo a los 30-60 días y otras permanecen activas en los 90 días consecuentes al tratamiento inicial. Solo 10 % de los pacientes requiere cirugía adicional para síntomas biliares persistentes con una fístula biliodigestiva persistente.^{9,10}

Conclusiones

El Síndrome de Bouveret es causa de obstrucción gástrica, una complicación directa de la formación de fístula bilioentérica en el duodeno proximal o el píloro secundaria a la impactación de lito biliar. Los síntomas son muy inespecíficos, muy comunes en otras causas de oclusión intestinal de etiologías más frecuentes. La triada de Rigler es patognomónica de este síndrome, sin embargo, es

Figura 2

CÁLCULO DE 3CM LOCALIZADO A 220CM DE LA VÁLVULA ILEOCECAL Y EXTRAÍDO POR ENTEROTOMÍA A 190CM DE LA VÁLVULA.



Fuente: Elaboración propia.

muy poco frecuente encontrarla en radiografías de abdomen. Debido a su baja incidencia, no se tiene la experiencia para estandarizar el tratamiento. El tratamiento endoscópico ha mostrado buenos resultados, aunque presenta una baja tasa de éxito, principalmente en casos con litos de gran tamaño, por lo que la cirugía mediante laparotomía y enterotomía continúa siendo el pilar terapéutico.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

Conflicto de interés

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Referencias

1. Tika Ram Bhandari, John Lin Hieng Wong, Jawad Ahmad, Khalid Akbari, Vinod Menon, Bouveret's syndrome: An old diagnosis. A modern multimodality approach (endoscopic and robotic surgical) of gastric outlet obstruction: Report of two cases. International Journal of Surgery Case Reports. 2024; 114: 109134. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.109134>.
2. Valgaeren B, Van Snick E, Claikens B. Gastric Outlet Obstruction Caused by Complicated Cholelithiasis: Bouveret Syndrome. Journal of the Belgian Society of Radiology. 2023; 107(1): 74, 1-3. DOI: <https://doi.org/10.5334/jbsr.3013>.
3. Coleoglou Centeno AA, Shah NR, Cass SH, et al. Trauma Surg Acute Care Open 2022; 7: e000945. DOI:10.1136/tsaco-2022-000945.
4. Kum AST, Mahmood S, Holzwanger E, Igbinedion S, Gabr M, Sawhney MS, Berzin TM, Pleskow DK. Novel technique for management of Bouveret syndrome. VideoGIE. 2023; 4; 8(9): 340-341. DOI: 10.1016/j.vgie.2023.06.006.
5. Campos Gonzaga L, Aguilar Martínez JC, Pavón Guerrero I, García Martínez A Síndrome De Bouveret: Un Hallazgo Inesperado. Hospital Universitario De Jerez De La Frontera.Cádiz. Rapd Online. 2022; 45(4).
6. Allen R, Johnston CJC, Thomasset S, Ravindran R, Wigmore SJ, Church NI. Endoscopic management of Bouveret syndrome with electrohydraulic lithotripsy. VideoGIE. 2023; 8 (11): 464-468. DOI: 10.1016/j.vgie.2023.07.009.
7. Satchithanandha V, Lau NS, Galevska A, Sandroussi C. Bouveret syndrome: two approaches one stone. J Surg Case Rep. 2023; 2023(10): rjad570. DOI: 10.1093/jscr/rjad570.
8. Monteiro EL, Schmid J, Mischinger HJ, Sucher R, Kornprat P. Gallstone as a cause of intestinal obstruction (Bouveret syndrome). J Surg Case Rep. 2023; 2023(10): rjad582. DOI: 10.1093/jscr/rjad582.
9. Madrigal JS, Herrera MG. Síndrome de Bouveret. Rev Clin Esc Med. 2019; 9(1): 7-10.
10. 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. DOI: <https://doi.org/10.30944/20117582.892>.