

Síndrome de Bouveret. Primer caso diagnosticado en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, Perú

Bouveret Syndrome. First case diagnosed in Santa Maria del Socorro, Ica, Peru

Héctor Rubén Hernández Garcés ^{1,2a,b,c,d}, Yudit Andrain Sierra ^{3e}, Jeny R. del Rio-Mendoza ^{2f}, Eddy Gutierrez Revatta ^{2g}, Issufo Moutary ^{4h}

¹ Universidad de la Habana. La Habana, Cuba.

² Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú.

³ Instituto Nacional de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

⁴ Montego Bay, Jamaica.

^a Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología, ^b Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, ^c Profesor Auxiliar en Gastroenterología, ^d Máster en Enfermedades Infecciosas, ^e Licenciada en Enfermería, ^f Especialista en Medicina Interna, ^g Médico Residente de Medicina Interna, ^h Especialista de Primer Grado en Gastroenterología.

Recibido: 28/08/2013; Aprobado: 22/01/2014

RESUMEN

Se presenta un caso de paciente con sangrado digestivo alto en forma de hematemesis precedido de vómitos profusos secundarios a obstrucción duodenal, causada por un cálculo gigante impactado en el bulbo duodenal (síndrome de Bouveret). El diagnóstico se realizó mediante video-endoscopia digestiva alta y se confirmó en el acto operatorio. Se presenta y discute el caso al reportarse por primera vez en nuestra institución.

Palabras clave: Hematemesis; Endoscopia gastrointestinal; Obstrucción intestinal (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

We are presenting an case of a patient with upper gastrointestinal bleeding presented as hematemesis preceded by profuse vomiting secondary to a duodenal obstruction, caused by an impacted giant biliary stone in the duodenal bulb (Bouveret syndrome). The diagnosis was made during an upper gastrointestinal endoscopy and confirmed by surgery. We report and discuss this case as it is the first presentation in our institution.

Key words: Hematemesis; Endoscopy; gastrointestinal; Intestinal obstruction (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bouveret es la presentación inusual de una obstrucción del vaciamiento gástrico causado por el paso de un gran cálculo biliar a través de una fístula colecisto-duodenal, quedando éste impactado en el bulbo duodenal ⁽¹⁾.

El íleo biliar fue descrito por primera vez por Bartolin en 1654 y Bouveret en 1896 reportó este tipo de íleo biliar que constituye la variedad menos común (1 a 3%) y cuya incidencia se incrementa significativamente con la edad, afectando mayormente a pacientes ancianos del sexo femenino con enfermedades crónicas y de alto riesgo ⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 82 años de edad que acude al servicio de emergencia del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú por cuadro de sangrado digestivo alto en forma de hematemesis, precedido de vómitos profusos, con evidencia de deshidratación secundaria, el paciente fue sometido, una vez estabilizado, a video-endoscopia digestiva alta de urgencia, con los siguientes hallazgos endoscópicos. Esofagitis erosiva hemorrágica

(Figura 1) y síndrome pilórico completo al resultar imposible la exploración del bulbo duodenal (Figura 2).

Se decide suspender vía oral, realizar lavado gástrico amplio con sonda de Ewald y tratamiento con procinéticos, programando nueva endoscopia al día siguiente.

Se realiza nueva endoscopia con los siguientes resultados.

Bulbo: se observa ocupado por materia constituida por restos de alimentos y un cuerpo extraño de consistencia dura, pétreo, fijo, que no se moviliza a la instilación de agua a presión por el canal de instrumentación del endoscopio, de color amarillo-marrón, se realizan múltiples maniobras para su extracción con pinzas de cuerpo extraño, asa de diatermia y cesta de Dormia, pero resultó imposible su remoción y extracción, en una de las vistas impresiona que la mucosa adyacente al cuerpo extraño (cara posterior-curvatura mayor) esta ulcerada, no pudiendo descartar la presencia de lesión ulcerosa a dicho nivel de gran tamaño, por lo que se procede a detener el procedimiento (Figura. 3).

Estómago: Píloro concéntrico, simétrico, discretamente desplazado visualizando a través de él,

Citar como: Hernández Garcés HR, Andrain Sierra Y, del Rio-Mendoza JR, Gutiérrez Revatta E, Moutary I. Síndrome de Bouveret. Primer caso diagnosticado en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, Perú. *Rev Gastroenterol Peru.* 2014;34(1):69-72.



Figura 1. a) Mucosa de esófago distal con eritema y erosiones confluentes, circunferenciales con signos de sangrado reciente. b) Sangre roja rutilante en cavidad gástrica distendida con restos de alimentos y secreciones abundantes.

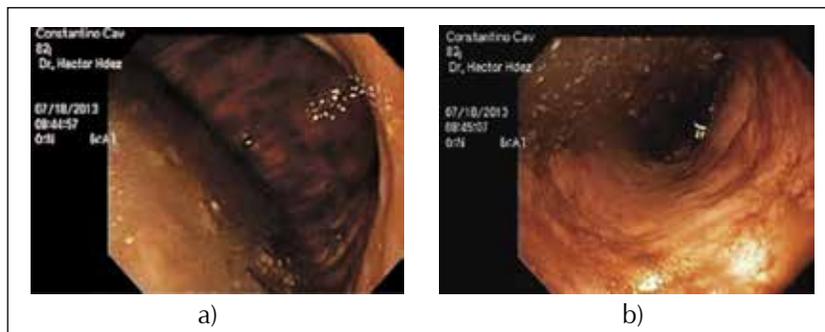


Figura 2. Estómago distendido ocupado por alimentos secundario a síndrome pilórico completo.

la presencia de un cuerpo extraño. Se visualiza el antro gástrico, cuerpo y región cardial mostrando la mucosa con eritema difuso. El peristaltismo está abolido y la cámara gástrica se observa distendida, pliegues con disminución de su altura. Lago gástrico con escasos restos de alimentos. En maniobra de retroflexión mucosa del cardias y *fundus* normal.

Se concluye como síndrome pilórico completo secundario a bezoar (cálculo), lesión ulcerosa en bulbo duodenal, esofagitis erosiva hemorrágica ligera, se sugiere estudio contrastado para descartar lesión bulbar o en segunda porción del duodeno y se remite a cirugía para decidir conducta.

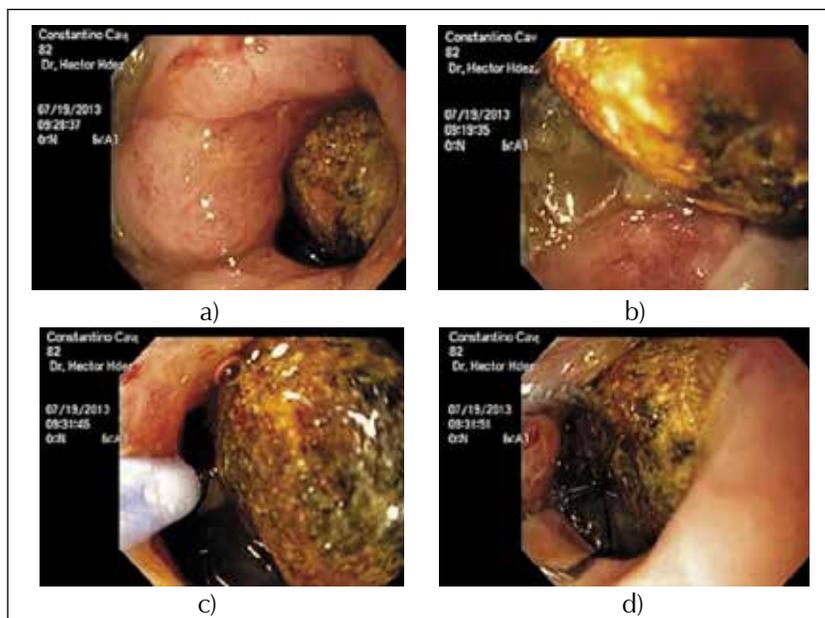


Figura 3. a) Cuerpo extraño de consistencia dura como piedra que ocupa la luz del bulbo duodenal, b) Lesión ulcerosa a nivel de curvatura mayor, cara posterior en la base del cuerpo extraño, c) Asa de diatermia para extraer el cálculo y d) Cesta de Dormia resultando imposible la extracción del cuerpo extraño por vía endoscópica.

En estudio radiológico se comprueba defecto de lleno a nivel del bulbo duodenal, y dilatación gástrica importante (Figura 4). Se discute el caso en colectivo y el paciente es remitido a cirugía para tratamiento definitivo, realizándose duodenotomía y extracción del cálculo proveniente de una fístula colecisto-entérica, con adecuada evolución posoperatoria. El paciente fue dado de alta, al cuarto día de internamiento en buenas condiciones, estableciéndose el diagnóstico definitivo de Síndrome de Bouveret (Figura 5).



Figura 4. Rx de estómago con doble contraste. Estómago dilatado, con defecto de relleno en bulbo y angulación a nivel de la segunda porción del duodeno.



Figura 5. Cálculo de 6 cm de longitud extraído mediante intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

El síndrome de Bouveret es la variedad menos común de presentación de un íleo biliar, se ha observado que cuando los cálculos presentan un tamaño mayor de 2,5 cm suelen quedar impactados y ocasionan obstrucción intestinal, el lugar más frecuente de impactación es el íleon terminal, sin embargo, se puede producir una obstrucción duodenal entre un 1-3% ⁽²⁾. Hasta el año 2000 habían sido reportados menos de 175 casos en la literatura.

Es más frecuente en mujeres de edad avanzada mayores de 60 años y los síntomas principales simulan un cuadro de estenosis pilórica, presentándose náusea, vómitos, y dolor epigástrico.

Sólo en un tercio de los pacientes se muestra ictericia y alteración de las pruebas de función hepática. Puede presentarse hemorragia digestiva (hematemesis) como primer síntoma y generalmente es atribuida a compromiso de la mucosa duodenal debido a la impactación del cálculo.

El diagnóstico y tratamiento de primera línea debe ser endoscópico mediante la extracción y fragmentación mecánica, que está recomendada principalmente a pacientes de alto riesgo quirúrgico; sin embargo, sólo ha sido eficaz en 10% de los pacientes y tiene el riesgo de producir una obstrucción distal cuando alguno de los fragmentos emigra hacia el íleon ⁽³⁾.

Una radiografía simple de abdomen puede poner de manifiesto en 35% de los pacientes la triada clásica de Rigler (aire en la vía biliar o neumobilia, obstrucción intestinal parcial o completa con dilatación gástrica importante y visualización del cálculo en posición aberrante). Otros signos radiológicos son cambios en la posición de un cálculo previamente localizado, dos niveles hidroaéreos adyacentes en el hipocondrio derecho.

La ecografía abdominal presenta limitaciones que están determinadas por las alteraciones anatómicas, la distensión intestinal y el aire o el colapso de la vesícula.

Estudios con medio de contraste baritado son útiles para identificar el nivel de la obstrucción intestinal y para localizar la fístula bilioentérica. La TAC abdominal es un test diagnóstico importante debido a su mejor resolución e identifica el cálculo hasta en un 78% de los pacientes ^(4,5).

El principal objetivo del tratamiento es la extracción del cálculo para superar la obstrucción intestinal, lo que se puede realizar por vía endoscópica, por vía quirúrgica clásica o por laparoscopia. La extracción endoscópica tiene un importante papel en esta patología porque es menos invasiva y se asocia a menos complicaciones, pero es difícil y requiere de endoscopistas entrenados en procedimientos terapéuticos. Esta podría ser más exitosa en pacientes seleccionados con cálculos de tamaños intermedios y relativamente móviles. Los pacientes con cálculos grandes o firmemente impactados, probablemente serán mejores candidatos a una resolución quirúrgica ⁽⁶⁾.

Cuando la litotricia falla o se presentan complicaciones durante el procedimiento, el manejo debe ser quirúrgico, con una morbilidad alta y mortalidad del 15 al 18%. La extensión del tratamiento quirúrgico con respecto de la fístula biliodigestiva se encuentra en controversia, los autores a favor de una cirugía mínima proponen que la resolución del cuadro obstructivo es todo lo que se requiere, otros argumentan, que al mismo tiempo, la vesícula biliar y el cierre de la fístula biliodigestiva deben ser removidas para evitar una recurrencia futura ⁽⁷⁾.

Ha sido demostrado que la duración de la intervención quirúrgica no influencia la subsiguiente evolución, pero

esta sí puede ser afectada por la demora en establecer el correcto diagnóstico y un injustificado retraso en la intervención.

Conclusiones:

El síndrome de Bouveret es una rara variedad de íleo biliar y debe de tenerse en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial en un paciente con síndrome pilórico completo u obstrucción del vaciamiento gástrico asociado a hemorragia digestiva alta.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Hermosa JI, Roig J, Gironès J, Codina-Cazador A, Hombrados M, Figa M, et al. [Síndrome de Bouveret: descripción de 5 casos](#). Cir Esp. 2004;76(4):256-60.
- Masannat YA, Caplin S, Brown T. [A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report](#). World J Gastroenterol. 2006;12(16):2620-1.
- Castro S, Nadal A, Puerta S, Zanón V, Boqué R, Pradell J, et al. [Síndrome de Bouveret](#). Cir Esp. 2006;79(3):193-5.
- Álvarez Chica LF, Bejarano Cuéllar W, Rojas Cardozo OL. [Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto. Descripción de dos casos y revisión de la literatura](#). Rev Col Gastroenterol. 2010;25(1):81.
- Mavroeidis VK, Matthioudakis DI, Economou NK, Karanikas ID. [Bouveret syndrome-- The rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review](#). Case Reports in Surgery. 2013;2013:1-6. doi:10.1155/2013/839370
- Kishi K, Yamada K, Sugiyama T. [Gastric outlet obstruction caused by a large gallstone in the duodenum \(Bouveret's syndrome\)](#). Clin. Gastroenterol Hepatol. 2008;6(3):e11.
- Masannat YA, Caplin S, Brown T. [A rare complication of a common disease: Bouveret Syndrome, a case report](#). World J Gastroenterol. 2006;12(16):2620-1.

Correspondencia:

Dr. Héctor Rubén Hernández Garcés
Av. San Martín 931. San Isidro. Ica, Perú.
E-mail: hectorhdez67@yahoo.es