Cartas al Director

Síndrome de Bouveret resuelto mediante litotricia mecánica endoscópica

Palabras clave: Síndrome de Bouberet. Litotricia endoscópica.

Key words: Bouberet syndrome. Endoscopy lithotripsy.

Sr. Director:

La obstrucción causada por la impactación de uno o varios cálculos biliares en el duodeno se denomina síndrome de Bouveret (SB), en honor a Leon Bouveret, quien en 1 896 describió los primeros dos casos de esta particular forma de presentación de íleo biliar (1), debido casi siempre al desplazamiento de los cálculos por una fístula colecistoduodenal preexistente. El tratamiento de elección es el quirúrgico, no obstante debemos tener en cuenta que en la mayoría de los casos son pacientes de edad avanzada y la morbi-mortalidad asociada a la intervención quirúrgica puede ser importante, lo que obliga a considerar otras alternativas. Presentamos un caso de síndrome de Bouveret resuelto exitosamente mediante endoscopia.

Caso clínico

Varón de 81 años pluripatológico, acude por dolor en hipocondrio derecho, fiebre, náuseas y en las últimas 24 horas vómitos persistentes. La exploración física mostraba ictericia escleral y un abdomen con dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin peritonismo. La ecografía y TAC Abdominal evidenciaban dilatación de la vía biliar intrahepática con aerobilia, vesícula mal delimitada con litiasis; gran cálculo biliar en bulbo duodenal que condiciona obstrucción y dilatación de la cámara gástrica (Fig. 1A). Se realizó endoscopia digestiva alta observando contenido líquido en cavidad gástrica y, en bulbo duodenal un gran cálculo que ocupaba la práctica totalidad de la luz

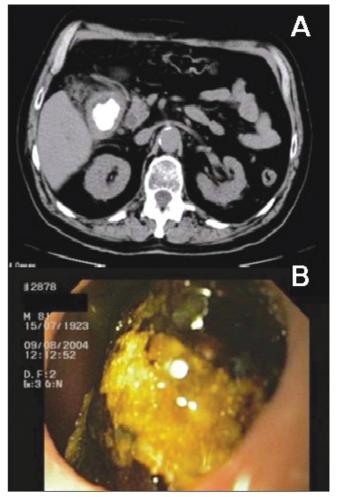


Fig. 1.- A y B.

(Fig. 1B). Con ayuda del endoscopio lateral y litotriptor se realizó fragmentación parcial del cálculo, con extracción de los mismos, quedando en duodeno un fragmento de aproximadamente 2 cm. El paciente presenta mejoría clínica notable con

disminución de la ictericia y ausencia de dolor abdominal. A las 48 horas se realizó endoscopia de control observando imagen sugestiva de fístula bilio-duodenal y ausencia del cálculo descrito. El paciente fue alta al quinto día en buen estado clínico y con mejoría notable de los parámetros de colestasis. Dado el alto riesgo quirúrgico se decidió actitud expectante, el paciente está sintomático a los 12 meses de seguimiento.

Discusión

El íleo biliar constituye el 1-3% de las causas de obstrucción intestinal (2), siendo el íleon el lugar predominantemente afecto, seguido de íleon medio, yeyuno, colon y finalmente estómago y duodeno. Sin embargo en pacientes mayores de 65 años el íleo biliar puede llegar a constituir el 25% de las causas de íleo mecánico (3). El síndrome de Bouveret constituye sólo el 3% de los pacientes con íleo biliar (2). Esta enfermedad tiene un claro predominio femenino, con una proporción 3/1 ó 4/1, sobre todo por encima de los 70 años, por lo que es muy frecuente que este colectivo presente una comorbilidad importante, como diabetes mellitus en el 40%, hipertensión arterial en el 38%, enfermedades cardiológicas y respiratorias, lo que unido al retraso en el diagnóstico y tratamiento conlleva una mortalidad global que puede llegar al 15-25%. La presentación más usual es la de un cuadro sugestivo de obstrucción intestinal alta, aunque también se han descrito casos en los que el síntoma de presentación fue hematemesis, hematoquezia o melenas como resultado probablemente de la erosión mucosa por el cálculo (4), en nuestro caso además del cuadro compatible con obstrucción intestinal alta el paciente presentaba clínica de colangitis aguda, que también estaría en relación con la obstrucción al flujo biliar.

El diagnóstico definitivo es endoscópico, observando en la misma un cuerpo extraño ocupando toda la luz duodenal e impidiendo el paso del endoscopio, aunque habría que considerar como diagnóstico diferencial el bezoar impactado o cuerpo extraño, en esta localización el íleo biliar duodenal o SB es más frecuente. La radiografía simple de abdomen puede diagnosticar hasta el 23% de los casos, siendo también de gran utilidad en el diagnóstico el tránsito gastroduodenal, la ecografía y la tomografía axial computarizada.

El manejo de esta entidad es básicamente quirúrgico y se considera el tratamiento de elección, lo que aun es controvertido es, si se debe realizar la cirugía en uno o dos tiempos, sin embargo como ya se ha comentado previamente esta actitud no está exenta de un porcentaje elevado de complicaciones, por lo que consideramos imperativo intentar solucionar el problema mediante técnicas menos agresivas. En la literatura médica existen muy pocos casos descritos en los que se ha resuelto sólo por vía endoscópica, existiendo así mismo algunos trabajos publicados en los que se ha combinado la endoscopia y la litotricia extracorpórea (5-8). El caso que presentamos lo creemos interesante por el manejo realizado y porque consideramos como otros autores (5,8), que en pacientes seleccionados con elevada comorbilidad y alto riesgo quirúrgico el manejo endoscópico puede constituir el tratamiento de elección, teniendo en cuenta que es importante intentar la extracción de todos los fragmentos y así evitar la obstrucción a nivel ileal o al menos, como en nuestro caso, dejar un fragmento menor de 2,5 cm que se considera el tamaño límite para causar obstrucción intestinal (9).

R. Rivera Irigoín, E. Ubiña Aznar, G. García Fernández, J. M. Navarro Jarabo, F. Fernández Pérez y A. Sánchez Cantos

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Bibliografía

- 1. Bouveret L. Rev Med (París) 1 896; 16: 1.
- Lobo DN, Joblin JC, Balfour TW. Gallstone ileus: diagnostic pitfallas and therapeutic successes. J Clin Gastroenterol 2 000; 30: 72-6.
- 3. Blanco González FJ, Artigas Martín JM, Fuertes Fernández MI, et al. Síndrome de Bouveret: diagnóstico preoperatorio por imagen. Cir Esp 2 000; 67 (6): 619-20.
- Heyd RL, Solinger MR, Howard AL, Rosser Jr. Acute upper gastrointestinal hemorrhage caused by gallstone impaction in the duodenal bulb. Dig Dis Sci 1992; 37: 452-5.
- Katsinelos P, Dimiropoulos S, Tsolkas P, Baltagiannis S, Kapelidis P, Galanis I, et al. Successful treatment of duodenal bulb obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome) after endoscopic mechanical lithotripsy. Surgical Endoscopy 2002; 16 (9): 1363.
- López Roses L, Toscazo J, Iñiguez F, Santos E, Pérez Carnero A. Successful endoscopic therapy in a case of Boveret's syndrome. Rev Esp Enferm Dig 1994; 85: 483-5.
- Schweiger F, Zinder R. Duodenal obstruction by a gallstone (Bouveret's syndrome) manager by endoscopic stone extraction: a case report and review. Can J Gastroenterol 1997; 11: 493-6.
- 8. Dumonceau JM, Delhaye M, Deviere J, Baize M, Cremer M. Endoscopic treatment of gastric outlet obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome) after extracorporeal shock-wave lithotripsy. Endoscopy 1997; 29: 319-21.
- 9. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. Br J Surg 1990; 77: 737-42.