

PRIMERAS JORNADAS DE CIRUGÍA DE URGENCIAS

Marta Fernández-Nespral Loring
Cirugía General y del Aparato Digestivo
Hospital Clínico San Carlos

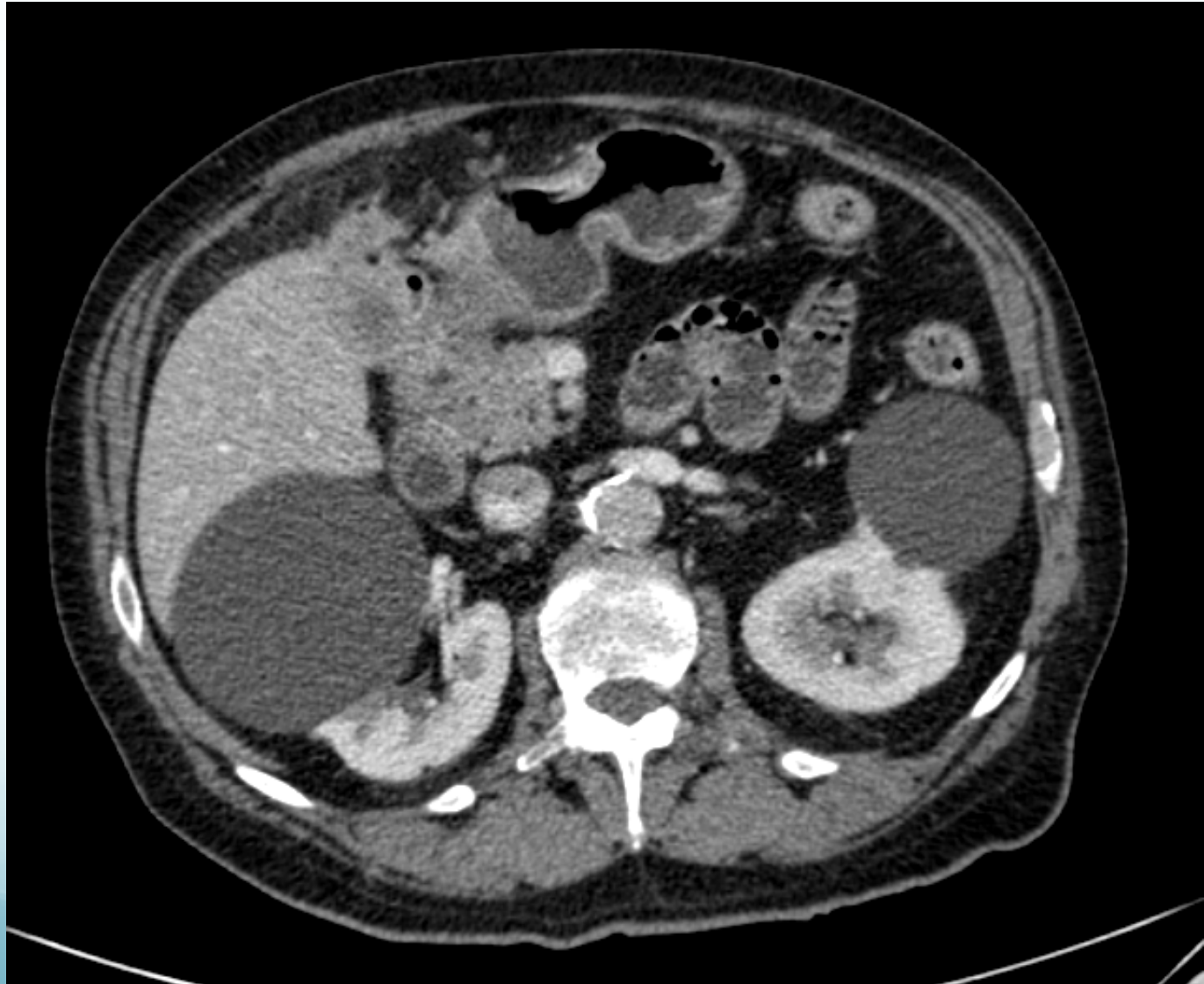
CASO CLÍNICO

- Paciente varón de 79 años de edad con AP ,
 - Hipertensión arterial
 - Dislipemia
 - Hipertrofia benigna de próstata
 - Urolitiasis, Catéter doble J derecho, litotricia y extracción endoscópica en 2007.

- HDA. Esofagitis péptica grado B. Duodenopatía erosiva con úlceras bulbares Forrest IIC.
- Antritis crónica por Helicobacter Pylori.
- Colecistitis crónica diagnosticada 4 meses antes ingresado por presentar síndrome constitucional.
- Ø En seguimiento en consultas de Cirugia General, pendiente de cirugía.

TAC abdominal

(13/06/13)





Enfermedad actual

(06/07/13)

- Dolor abdominal en hipogastrio e hipocondrio derecho.
- 10 días de evolución.
- No cede con analgesia.
- Náuseas y vómitos.
- Estreñimiento desde hace 3 días.



Exploración física

— T^a 36,2 °C; TA: 139/75; FC: 85 lpm.

Consciente, orientado y colaborador.

AC: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

AP: MVC, no ruidos agregados.

— **ABDOMEN:** RHA +. Distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e HCD. Signo de Murphy negativo. Sin signos de IP. No se palpan masas.

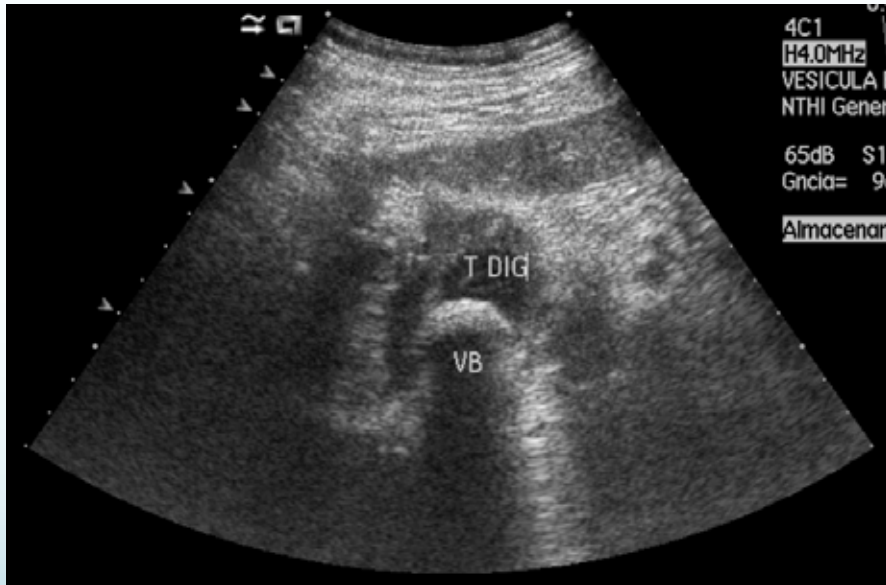
Pruebas complementarias

- Rx tórax y Rx abdomen:
Sin alteraciones significativas.
- Analítica: Hb 12.6 g/dl, Hto 39%, plaquetas 237.000, L 7600, N 58.5%, **PCR 2.64**, INR 1.1, Cr 0.96, ALT 12, AST 29, FA 66, GGT 21, BT 0.5.



Ecografía abdominal

(08/07/13)





Gastrosocopia

(11-07-13)



Se decide tratamiento quirúrgico urgente



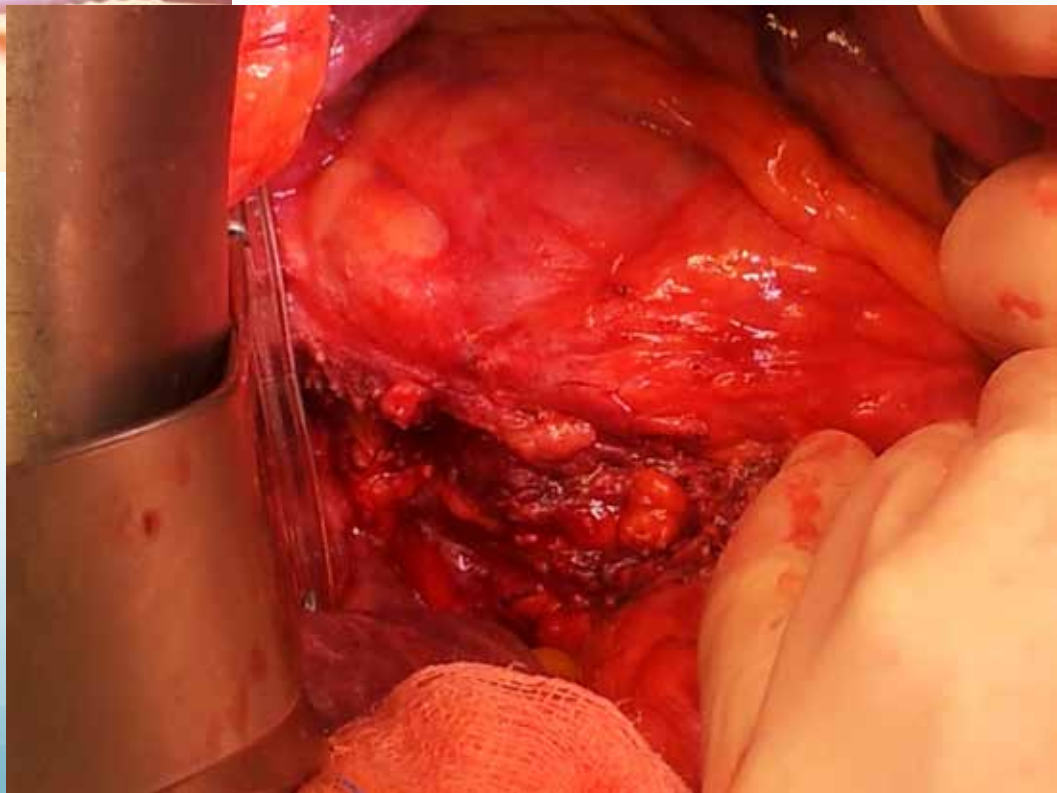
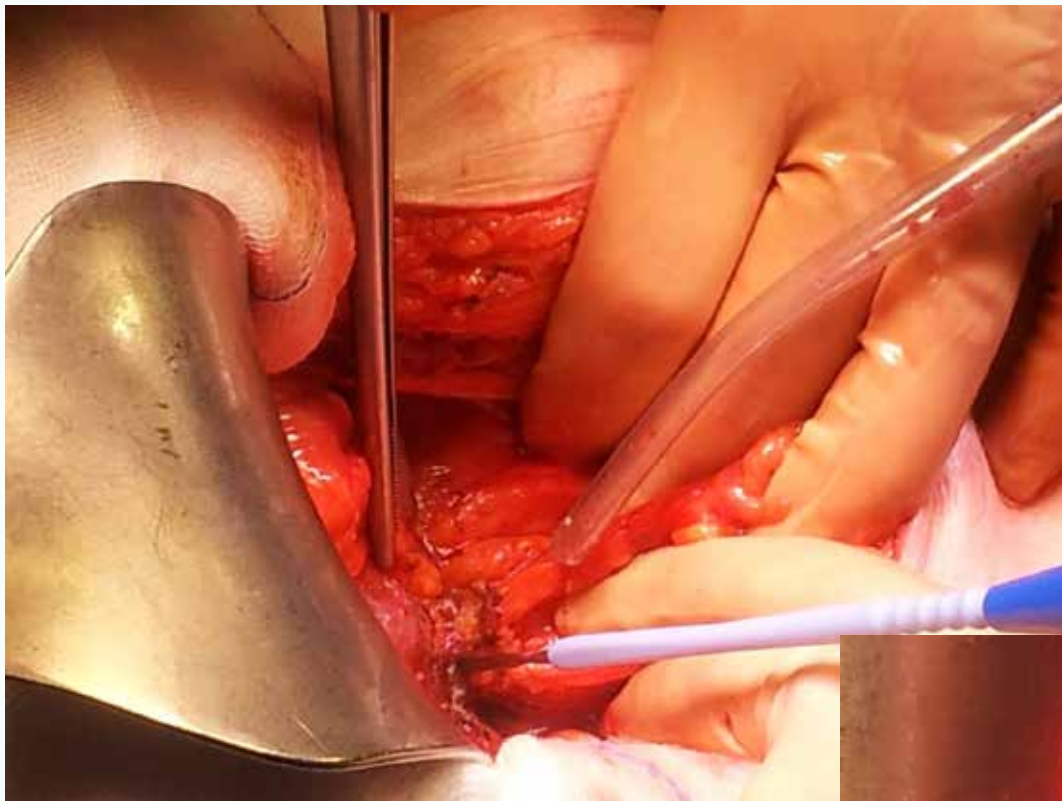
Se coloca SNG con abundante contenido bilioso

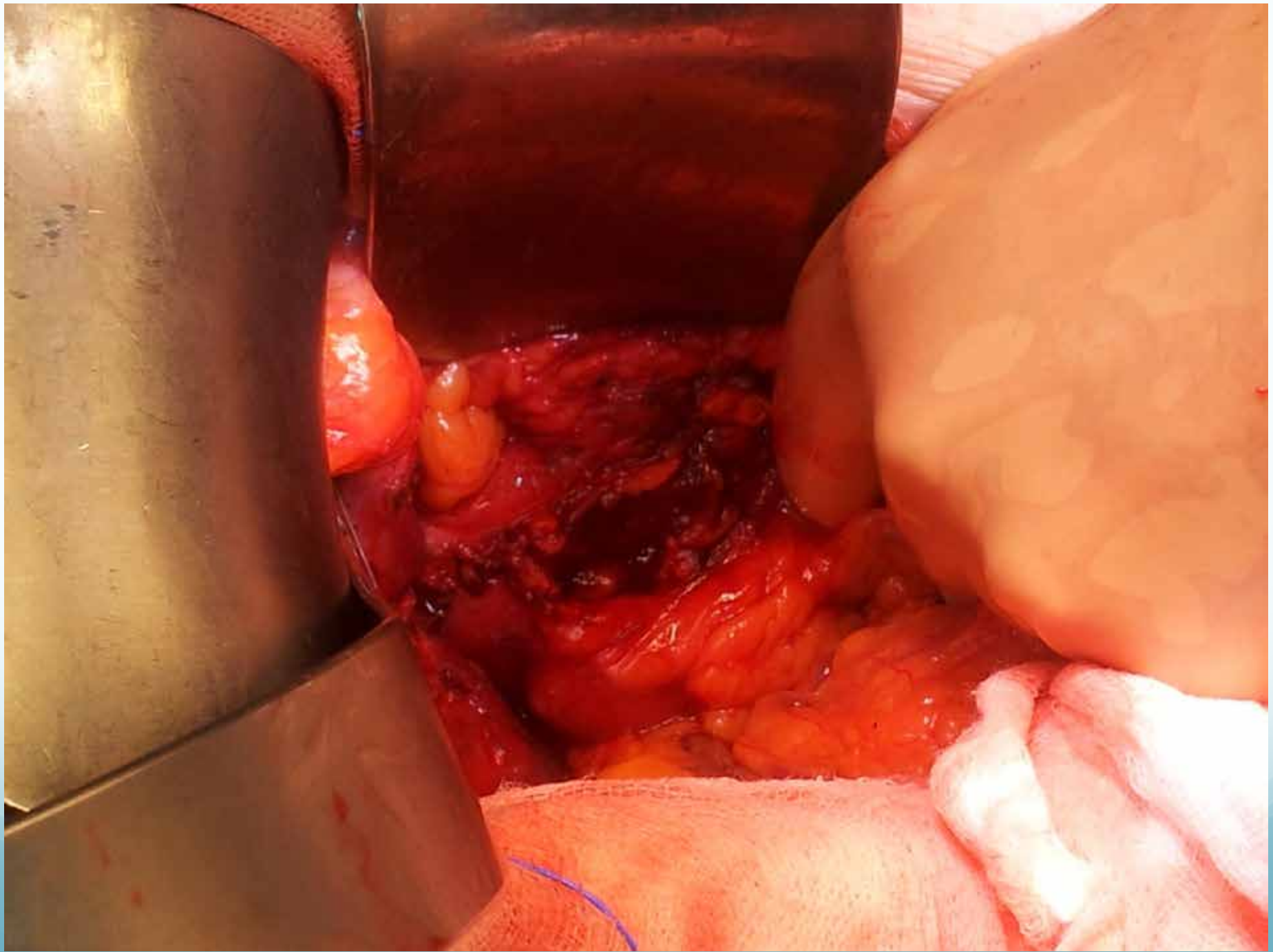
¿ Qué técnica quirúrgica os parece la más correcta ?

- **Tarjeta roja:** Enterolitotomía urgente para resolver la obstrucción.

Colecistectomía y cierre de la fístula en un 2º tiempo.

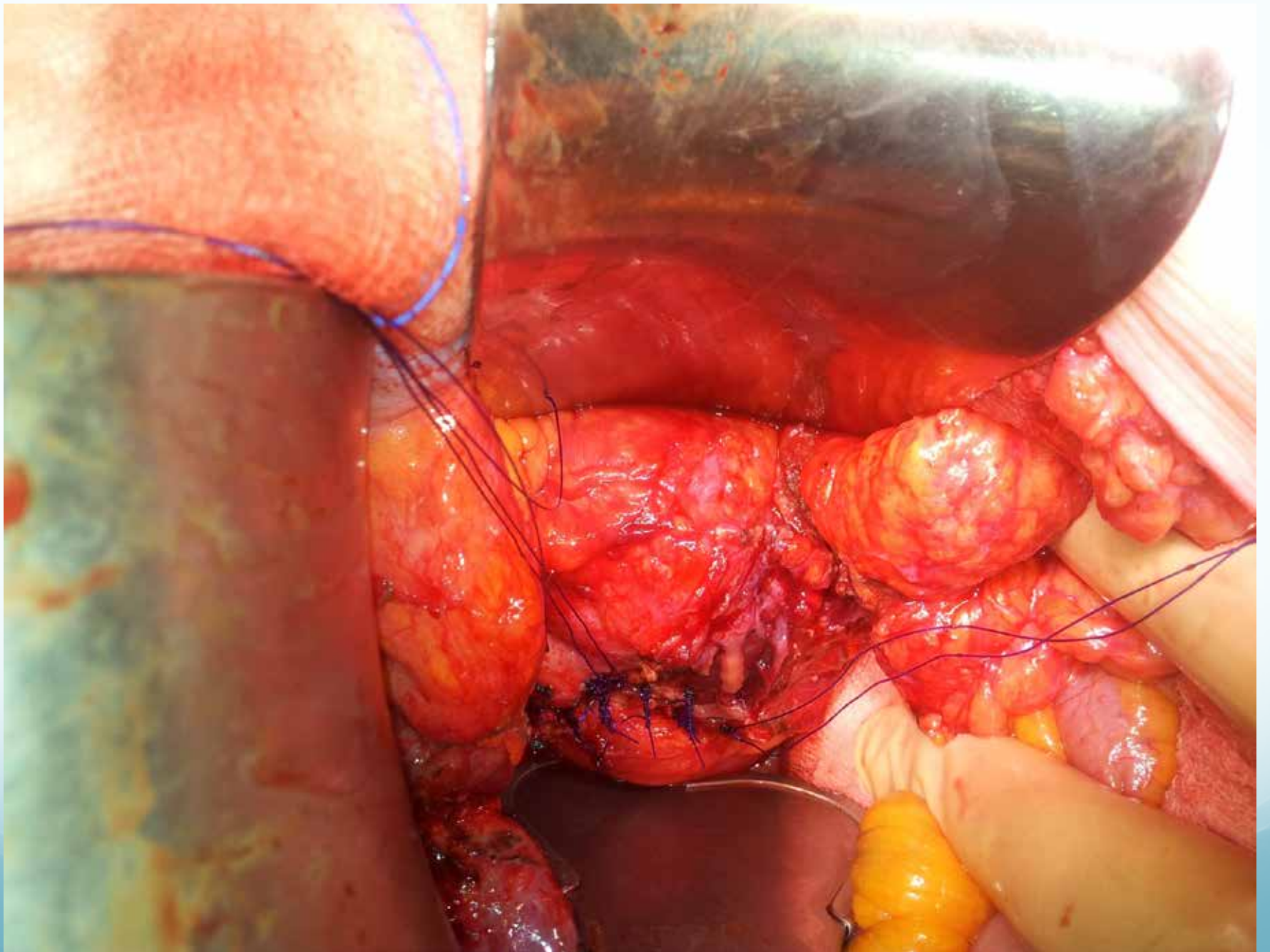
- **Tarjeta blanca:** Enterolitotomía + Colecistectomía + cierre de la fístula en la misma intervención













Anatomía Patológica

- Colecistitis aguda

Evolución

- Recuperación del tránsito intestinal.
- Tolerancia progresiva a dieta.

SÍNDROME DE BOUVERET

- Descrito por Bouveret en 1896
- Impactación de un cálculo en bulbo duodenal o píloro producida por una fístula bilioentérica, generalmente colecistoduodenal y que provoca la obstrucción del vaciamiento gástrico.
- 3-5% de ileo biliar

*L. Bouveret, "Stenose du pylore adherent a la vesicule,"
Revue Medicale (Paris), vol. 16, pp. 1–16, 1896.*

— Factores de riesgo:

∅ 70 años (m=74.1 años)

∅ Mujeres (3-16 veces)

∅ Cálculos > 2.5 cm

Giese A, Zieren J, Winnekendonk G, Henning BF: Development of a duodenal gallstone ileus with gastric outlet obstruction (Bouveret syndrome) four months after successful treatment of symptomatic gallstone disease with cholecystitis and cholangitis: a case report. J Med Case Reports 2010, 4:376.

— Clínica

- ∅ Obstrucción digestiva alta.
- ∅ La mayoría de las veces los síntomas y signos inespecíficos. (náuseas, vómitos, distensión abdominal)
- ∅ La ausencia de h^a de colelitiasis no excluye esta entidad (27%).

M. S. Cappell and M. Davis, "Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases," The American Journal of Gastroenterology, vol. 101, no. 9, pp. 2139–2146, 2006.

– Diagnóstico tardío:

• TRIADA DE RIGLER

¡ Sólo presente en 15-35% !

- Signos de obstrucción intestinal.
- Cálculo biliar ectópico
- Neumobilia.

Rigler LG, Borman CN, Noble JF: Gallstone obstruction. J Am Med Assoc 1941, 117:1753–1759.

Ayantunde AA, Agrawal A: Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg 2007, 31:1292–1297.



Figure 1 CT scan of the patient's abdomen showing pneumobilia and a choledochoduodenal fistula.

– TAC de abdomen con contraste oral

Sensibilidad: 93%, Especificidad: 100%.

- Diagnóstico en 60% de los casos.
- Muestra nivel exacto de la obstrucción, de la fístula duodenal y el estado de la vesícula biliar.



- 15-25% son cálculos radiolúcidos.
La colangiorensonancia puede ser de utilidad.

S. Trubek, J. K. Bhama, and N. Lamki, "Radiological findings in bouveret's syndrome," Emergency Radiology, vol. 8, no. 6, pp. 335–337, 2001.

– Gastroscoopia

– Visualización del cálculo

69% pacientes



– Otros hallazgos: contenido gástrico retenido e inflamación, edema o úlcera en el lugar del impacto



Tratamiento

– Endoscópico

- Primera línea de tratamiento
- Técnicamente difícil. Tasas de éxito: 30-40%. En algunas series: < 10%.
- Contraindicado en cálculos > 4 cm o gran inflamación.

J. Maiss, J. Hochberger, S. Muehldorfer, J. Keymling, E. G. Hahn, and H. T. Schneider, "Successful treatment of Bouveret's syndrome by endoscopic laserlithotripsy," Endoscopy, vol. 31, no. 2, pp. S4–S5, 1999.

J. Moschos, I. Pilpilidis, Z. Antonopoulos, et al., "Complicated endoscopic management of Bouveret's syndrome. A case report and review," Romanian Journal of Gastroenterology, vol. 14, no. 1, pp. 75–77, 2005.

Quirúrgico

- Cuando la extracción endoscópica ha fallado.
- Cirugía: necesaria en 40 - 90% de pacientes con síndrome Bouveret.
- 2 opciones quirúrgicas.

A. S. Lowe, S. Stephenson, C. L. Kay, and J. May, "Duodenal obstruction by gallstone (Bouveret's syndrome): a review of the literature," Endoscopy, vol. 37, no. 1, pp. 82–87, 2005.

Pacientes con mucha comorbilidad o alto riesgo quirúrgico

- Enterolitotomía o gastrolitotomía urgente para resolver la obstrucción + colecistectomía y cierre de la fístula en un 2º tiempo.
 - 12 % mortalidad
 - 9% riesgo recurrencia de íleo biliar antes del 2º tiempo.
 - Colecistitis, colangitis.

A. S. Lowe, S. Stephenson, C. L. Kay, and J. May, "Duodenal obstruction by gallstone (Bouveret's syndrome): a review of the literature," Endoscopy, vol. 37, no. 1, pp. 82–87, 2005.

Pacientes de bajo riesgo quirúrgico

- Enterolitomía + Colectectomía + cierre de la fístula en la misma intervención
- Más mortalidad y morbilidad (20-30 %)

J. K. Bhama, J.W. Ogren, T. Lee, and W. E. Fisher, "Bouveret's syndrome," Surgery, vol. 132, no. 1, pp. 104–105, 2002.

Conclusiones

- El síndrome de Bouveret es una manifestación inusual y diferente de íleo biliar.
- Tiene una morbimortalidad asociada relevante.
- Se suele dar en mujeres de edad avanzada con múltiples comorbilidades

- El diagnóstico preoperatorio es un desafío para el cirujano.
- Se debe intentar la extracción del cálculo por endoscopia.
- En pacientes de alto riesgo quirúrgico se debe realizar la colecistectomía y cierre de la fístula en un segundo tiempo.

MUCHAS GRACIAS

