

Manejo endoscópico de una paciente de edad avanzada con síndrome de Bouveret

Endoscopic treatment in an elderly patient with Bouveret syndrome

M. Povar Echeverría¹, J.M. Boudet Barraca², P.E. Auquilla Clavijo³

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 94 años con síndrome de Bouveret, cuyo manejo diagnóstico y terapéutico fue a través de abordaje endoscópico. El síndrome de Bouveret es la imposibilidad de vaciamiento gástrico como consecuencia de la impactación de un cálculo biliar a nivel duodenal, siendo la forma de presentación menos frecuente del íleo biliar. El íleo biliar es una complicación de la coledoclitiasis, que presenta elevada morbimortalidad por lo que precisa de diagnóstico precoz y tratamiento urgente, que habitualmente es quirúrgico. La peculiaridad de este caso es que se consiguió la resolución completa del cuadro mediante tratamiento endoscópico en una paciente de edad avanzada con elevado riesgo quirúrgico.

Palabras clave. Íleo biliar. Obstrucción intestinal. Coledoclitiasis.

ABSTRACT

We report the case of a 94-year-old woman with Bouveret's syndrome, where endoscopic treatment was performed. Bouveret's syndrome is a gastric outlet obstruction due to gallstone impaction within the duodenum. It is the least frequent presentation of gallstone ileus. Gallstone ileus is a complication of cholelithiasis and has a high morbidity and mortality. Therefore, it requires an early diagnosis and urgent treatment, which is usually surgical. The peculiarity of this case is that we obtained the full resolution of the symptoms by endoscopic treatment in an elderly patient with high surgical risk.

Keywords. Gallstone ileus. Intestinal obstruction. Cholelithiasis.

An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (3): 429-432

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
2. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
3. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Recepción: 19-04-2016

Aceptación provisional: 20-06-2016

Aceptación definitiva: 28-06-2016

Correspondencia:

Marina Povar Echeverría
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Miguel Servet
Paseo Isabel la Católica, 1-3
50009 Zaragoza
E-mail: marinapovar89@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción mecánica del intestino. Está producido por el paso de uno o más cálculos biliares a través de una fistula biliodigestiva^{1,2}. Cuando la litiasis se impacta en el duodeno recibe el nombre de Síndrome de Bouveret^{1,3}. Es una complicación poco frecuente de la colelitiasis, con elevada morbimortalidad y que precisa tratamiento quirúrgico por lo que el diagnóstico debe realizarse de manera precoz³. En pacientes de edad avanzada y elevado riesgo quirúrgico deben considerarse alternativas terapéuticas endoscópicas³. El objetivo de este artículo es mostrar un caso de Síndrome de Bouveret en el que se consiguió la resolución completa mediante tratamiento endoscópico (extracción oral sin litotricia previa) en una paciente de edad avanzada en la que el abordaje quirúrgico podría haber supuesto una elevada morbimortalidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 94 años, alérgica a penicilina y derivados, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que no toma medicación habitual. Refiere que en los últimos 4-5 días ha presentado episodios de dolor abdominal epigástrico con náuseas y vómitos abundantes de características biliosas, motivo por el que acude a Urgencias. No ha presentado alteraciones en el ritmo deposicional ni en las características de las deposiciones. No presenta fiebre ni otra sintomatología asociada.

En la exploración física destaca: tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 106 lpm,

saturación de O₂ 96% con FiO₂ 21%, temperatura 36,3° C. Consciente. Orientada. Ligeramente deshidratada. Coloración normal de piel y mucosas. Buena perfusión distal. Eupneica. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos a 100 lpm, soplo sistólico panfocal de predominio en foco aórtico. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación; no se palpan masas ni visceromegalias, no distensión ni timpanismo. Peristaltismo normal. Tacto rectal: dedil con restos de heces normales. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Tras la valoración inicial se solicita:

- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 105 lpm, sin alteraciones de la repolarización, despolarización ni trastornos de conducción.
- Radiografía de tórax: silueta cardíaca normal sin alteraciones pleuroparenquimatosas agudas.
- Analítica de sangre: destaca hemoglobina 11 mg/dL con hematocrito 35%. Urea 51 mg/dL con creatinina plasmática en valores normales.

Se inicia tratamiento médico con fluidoterapia y antieméticos, y ante sospecha clínica de un posible proceso obstructivo de tracto digestivo superior frente a un trastorno motor (gastroparesia) se decide realización de endoscopia oral.

Durante la realización de la endoscopia oral se identifica una formación sólida de morfología esférica y coloración amarillenta de unos 3 centímetros de diámetro que se encuentra enclavada en duodeno y provoca obstrucción del tránsito a dicho nivel (Fig. 1). La paciente es diagnosticada de íleo biliar por litiasis enclavada en duodeno (Síndrome de Bouveret). El tratamiento habitual de esta entidad es quirúrgico, pero dada la avanzada edad de la paciente, se decide intentar extracción endoscópica. En primer lugar, se realizó la desimpactación del duodeno, realizando pre-



Figura 1. Imagen endoscópica de litiasis biliar.

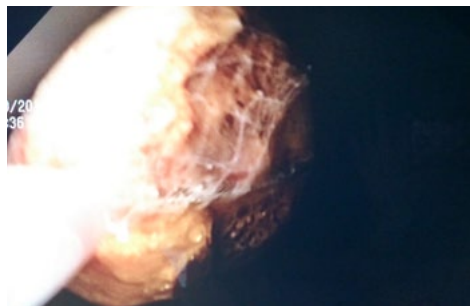


Figura 2. Litiasis englobada mediante un asa de red.

sa mediante un asa de red y posteriormente se consigue franquear el píloro en sentido inverso, y se transporta la litiasis a estómago. Una vez allí, se realizan maniobras de litotricia sin éxito. (Fig. 2). Posteriormente, con un asa de polipectomía se introduce la litiasis de manera parcial en un sobretubo, pues el diámetro de la litiasis era superior. Se realiza extracción de la litiasis mediante endoscopia a través de la cavidad oral. Posteriormente se revisa la mucosa de estómago y duodeno sin observar erosiones ni lesiones de la mucosa.

Tras extracción de la litiasis, el cuadro clínico de la paciente es resuelto, encontrándose asintomática. Se realizó control analítico y radiográfico sin observarse complicaciones y fue dada de alta hospitalaria a las 24 horas.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción mecánica, producida por el paso de un cálculo biliar a la luz intestinal^{1,2}. La litiasis se enclava en algún tramo del tubo digestivo provocando una verdadera obstrucción mecánica, el lugar más frecuente es el íleon terminal, seguido de íleon proximal, yeyuno, colon sigmoide y duodeno¹. La patogenia de esta enfermedad se plantea por un proceso inflamatorio crónico de base en la vesícula biliar (colecistitis crónica litiásica), que produce disminución del flujo arterial y fenómenos de aumento de la presión intraluminal de la vesícula biliar que provoca isquemia sobre la pared de la misma, y todo ello puede provocar una fístula biliodigestiva que permite el paso de la litiasis al tubo digestivo^{1,3}. La fístula más frecuente es la colecistoduodenal^{1,2}.

El íleo biliar afecta con mayor frecuencia a pacientes de edad avanzada, sexo femenino que frecuentemente presentan comorbilidad asociada^{1,3}. Tiene una incidencia de 30-35 casos/1.000.000 habitantes³. Se estima que se desarrolla en el 0,3-0,5% de los pacientes con colelitiasis³. La morbimortalidad es elevada, fundamentalmente por retraso diagnóstico³.

La clínica es inespecífica, puede manifestarse como náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal. En ocasiones puede manifestarse como hematemesis por la

erosión de la mucosa duodenal producida por la migración del cálculo biliar¹.

El impacto de un cálculo biliar en duodeno que provoca obstrucción del tránsito intestinal es la forma de presentación menos frecuente de íleo biliar y recibe el nombre de Síndrome de Bouveret^{3,4}. La clínica de esta entidad consiste en la obstrucción intestinal alta, con dilatación aguda gástrica. Son frecuentes los vómitos abundantes biliosos y la ausencia de vómitos fecaloideos¹.

Dado que la clínica es inespecífica, para realizar el diagnóstico es preciso un alto nivel de sospecha clínica. Las pruebas complementarias pueden ser de gran utilidad. En la radiografía de abdomen puede evidenciarse la triada de Rigler (aerobilia, asas dilatadas de intestino delgado con niveles hidroaéreos y litiasis biliar ectópica), que es patognomónica de íleo biliar si bien está presente en menos de un 15% de los casos¹. Si existen dudas diagnósticas se puede recurrir a pruebas de imagen como ecografía abdominal, tomografía computarizada y, en ocasiones, colangiografía resonancia magnética³.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, si bien no existe un consenso sobre la técnica quirúrgica de elección³. Lo más frecuente es la extracción del cálculo a través de una enterolitotomía simple². En ocasiones se realiza enterolitotomía con colecistectomía y reparación de la fístula biliodigestiva en un solo acto quirúrgico. En otros casos se realiza la colecistectomía en un segundo tiempo³. En los pacientes con condiciones generales satisfactorias y hemodinámicamente estables, se recomienda la colecistectomía en el mismo acto quirúrgico para evitar recurrencia del íleo biliar. La tasa de riesgo de recurrencias descrita es del 2-5%³. En pacientes que presentan mayor riesgo quirúrgico (edad avanzada, comorbilidades, shock, sepsis...) se prefiere realizar enterolitotomía simple puesto que la tasa de mortalidad quirúrgica de dicha operación es menor^{3,5}. La cirugía se realiza en la mayoría de los centros mediante laparotomía media, si bien se han descrito casos de abordaje mediante laparoscopia³.

En otras ocasiones, el tratamiento se ha realizado mediante endoscopia oral, tras realizar litotricia mecánica endoscópica, con posterior extracción oral de los fragmentos³. En casos de impacto de la litiasis en el íleon terminal se han descrito casos de extracción mediante colonoscopia³. El tamaño de la litiasis es un factor importante a considerar, puesto que litiasis de más de 2,5 cm son difíciles de extraer mediante endoscopia, y existe riesgo de impactación en esófago⁶. Los riesgos de la litotricia endoscópica son entre otros, íleo biliar distal, hemorragia y perforación de la mucosa intestinal⁶. Estas técnicas pueden considerarse en caso de pacientes con edad avanzada y elevado riesgo quirúrgico⁶.

En este caso, el tratamiento no fue el convencional ya que, tras valorar la situación general y edad de la paciente, a pesar del gran tamaño de la litiasis (diámetro 3 cm) se decidió extracción mediante endoscopia oral que resultó exitosa, sin complicaciones posteriores, evitando así una cirugía abdominal mayor. Existen pocos casos descritos de extracción de litiasis biliar mediante endoscopia, y casi siempre se realiza litotricia previa.

BIBLIOGRAFÍA

1. SÁNCHEZ-GARCÍA M, TOMOIJU IG, REINA-ESCOBAR D, DELGADO-CASADO JA. Causa infrecuente de obstrucción intestinal. *Semergen* 2015; 41: e18-e20.
2. MARTÍN-PÉREZ J, DELGADO-PLASENCIA L, BRAVO-GUTIÉRREZ A, BURILLO-PUTZE G, MARTÍNEZ RIERA A, ALARCÓ-HERNÁNDEZ A et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cir Esp* 2013; 91: 485-489.
3. NUÑO-GUZMÁN CM, MARÍN-CONTRERAS ME, FIGUEROA-SÁNCHEZ M, CORONA JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* 2016; 8: 65-79.
4. MANCILLA ULLOA FJ, RAYAS RUIZ D. Íleo biliar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen* 2014; 36: 121-125.
5. GARCÍA-MARÍN A, PÉREZ-LÓPEZ M, PÉREZ-BRU S, COMPAÑ-ROSIQUE A. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Rev Gastroenterol Mex* 2014; 79: 211-213.
6. NICKEL F, MÜLLER-ESCHNER M, CHU J, VON TENGG-KOBLIGK H, MÜLLER-STICH BP. Bouveret's syndrome: presentation of two cases with review of literatura and development of a surgical treatment strategy. *BMC Surgery* 2013; 13: 33.