

Síndrome de Bouveret

Entidade rara e de elevada mortalidade

Celso Nabais¹, Raquel Salústio¹, Bárbara Paredes¹, Valente de Sousa², Eusébio Porto², Carlos Cardoso², Caldeira Fradique³

¹ Interno de Cirurgia Geral; ² Assistente hospitalar; ³ Coordenador do Serviço de Cirurgia

Serviço de Cirurgia 1 - Hospital de São José
Centro Hospitalar de Lisboa Central



INTRODUÇÃO

- O Síndrome de Bouveret é uma forma rara de íleus biliar (menos de 10% dos casos), com a particularidade do local de impactação dos cálculos biliares ocorrer ao nível do piloro ou duodeno^{1,3}.
- Até ao ano 2000 apenas 175 casos publicados na literatura².
- Incidência aumentada no sexo feminino e em idades superiores a 65 anos. Associado a doentes com múltiplas co-morbilidades⁴.
- Clinicamente, manifesta-se como uma obstrução ao esvaziamento gástrico.
- Elevada taxa de mortalidade - até 35% em algumas séries. O atraso diagnóstico e os factores de risco múltiplos, inerentes a estes doentes, são os principais motivos para a elevada mortalidade³.

CASO CLÍNICO

HISTÓRIA PREGRESSA

Sexo feminino, 86 anos

Antecedentes Pessoais:

- Obstipação crónica
- Doença osteo-articular degenerativa

Medicação de ambulatório:

- Tromalyt® 1 cp/dia
- Lasix® 40mg ½ cp/dia
- Concor® 5mg ½ cp/dia
- Amizal® 45mg 2 cps/dia
- Protaxil® 300mg 1 cp/dia

Antecedentes Familiares:

- Irrelevantes

H. DOENÇA ACTUAL

- Intolerância alimentar
- Vômitos persistentes
- Dor abdominal difusa na região epigástrica
- Prostração e mau estado geral

Quadro clínico com 15 dias de evolução

EXAME OBJECTIVO

- Prostrada, desorientada, emagrecida
- Hemodinamicamente instável
- Mucosas desidratadas. Má perfusão capilar
- Abdómen ligeiramente doloroso à palpação profunda na região epigástrica. Sem sinais de irritação peritoneal.

EXAMES COMPLEMENTARES

Avaliação Analítica:

- Anemia normocítica normocrómica com hemoglobina de 10.5 x 10⁹/L (10.5 g/dL)
- Leucocitose de 11.2 x 10⁹/L com neutrofilia (95.2% de neutrófilos)
- Proteína C reactiva de 49.2 mg/L
- Função renal alterada com creatinina de 176.79 µmol/L (2.0 mg/dL) e ureia de 55.69 mmol/L (156 mg/dL)

Radiografia de abdómen simples (Figura 1):

Sem alterações significativas. Sem evidência de triade de Rigler.



Figura 1 - Radiografia de abdómen simples.

Ecografia abdominal:

Padrão sugestivo de aerobilia. Não se identifica vesícula biliar. Sem ectasia da via biliar principal.

Tomografia Computorizada de abdómen (Figura 2 e 3):

Existência de aerobilia com fistula colecisto-duodenal, associada a impactação de cálculo biliar no bulbo duodenal. Distensão a montante.



Figura 2 - Tomografia computadorizada (corte coronal). Fistula bilio-entérica (seta).

Endoscopia digestiva alta (Figura 4):

Cálculo biliar ao nível do bulbo duodenal, ocasionando obstrução intransponível.

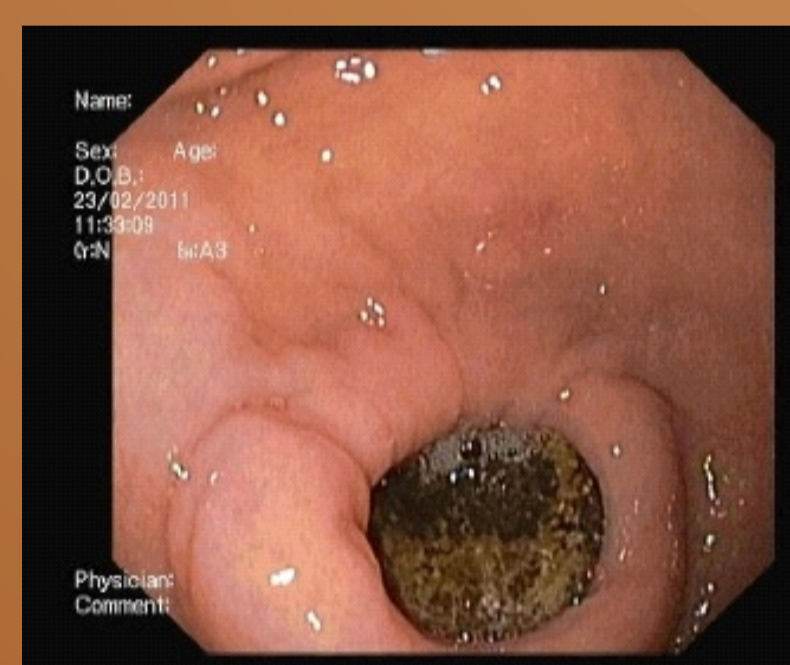


Figura 4 - Endoscopia digestiva alta. Cálculo biliar ao nível do bulbo duodenal.

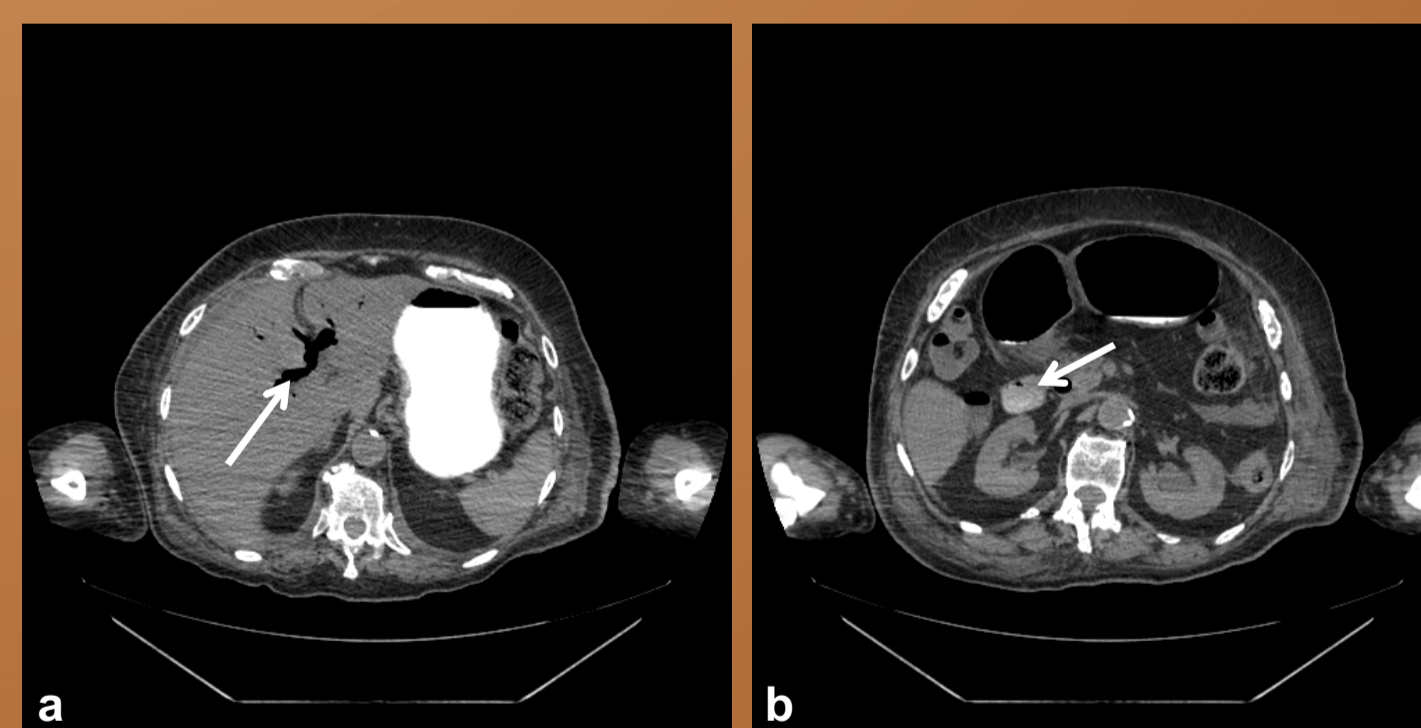
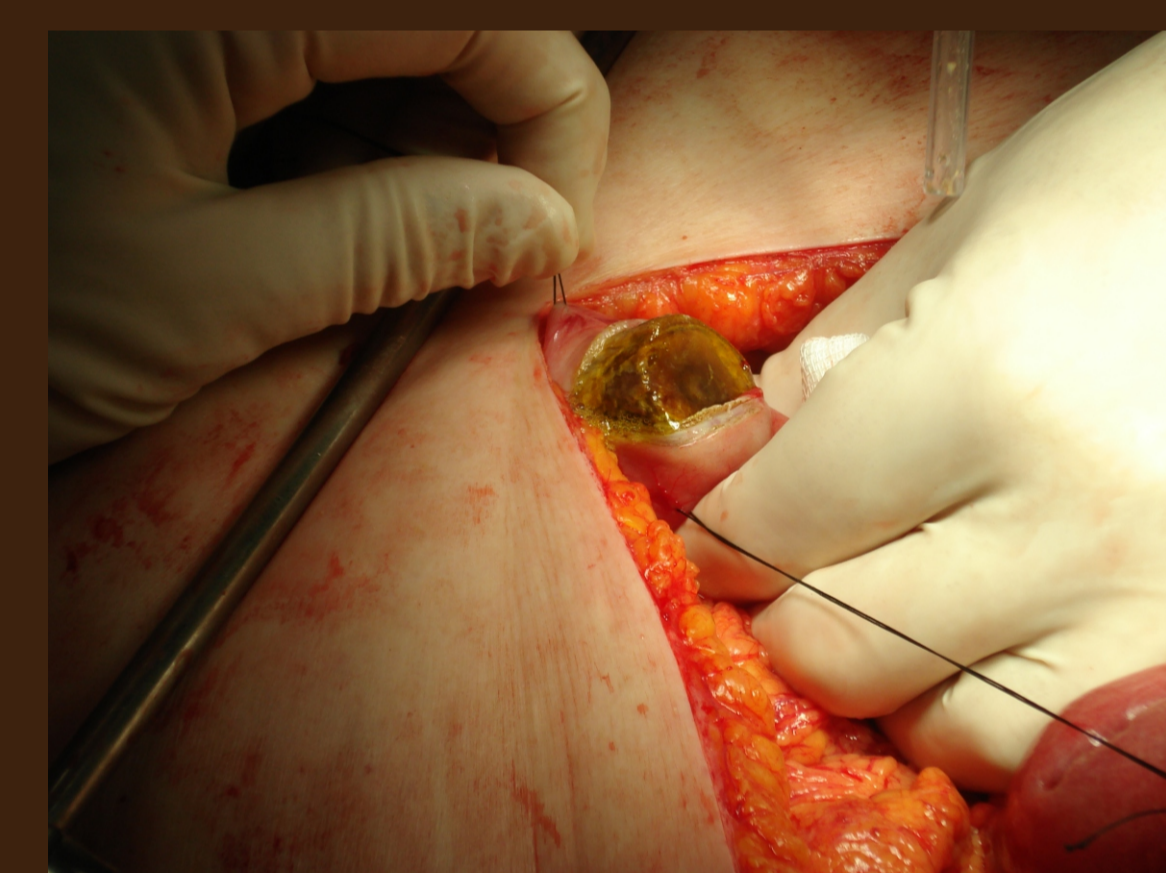


Figura 3 - Tomografia computadorizada (cortes axiais). Triade de Rigler. a - Distensão gástrica e aerobilia (seta); b - Cálculo biliar ao nível do duodeno proximal (seta).

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

- Gastrotomia antral anterior
- Milking e extracção do cálculo biliar



Figuras 5, 6 e 7 - Gastrolitotomia.

D1 de pós-operatório
Pneumonia de aspiração

Agravamento clínico

D4 de pós-operatório
Óbito

CONCLUSÕES

- O Síndrome de Bouveret é uma forma rara de íleus biliar cuja presença de cálculo biliar a nível do duodeno ou piloro condiciona uma obstrução ao esvaziamento gástrico.
- Associado a fistula colecisto-duodenal, que permite a passagem do cálculo e sua impactação no tubo digestivo⁵.
- Quadro clínico compatível com obstrução ao esvaziamento gástrico (vômitos incoercíveis, intolerância alimentar, dor epigástrica), no entanto, inespecífico e pela sua raridade, torna-se um desafio a sua inclusão no diagnóstico diferencial.
- Imagiologicamente, a presença de triade de Rigler é patognomónica de íleus biliar¹. Contudo, encontra-se apenas em 15% das radiografias simples de abdómen. Já na tomografia computadorizada (TC) esta triade está presente em 78%, tornando-se o exame imagiológico mais importante⁶. O presente caso clínico é exemplo desta situação, onde a triade apenas estava presente na TC.
- A endoscopia digestiva alta é uma alternativa diagnóstica, e em algumas situações terapêutica, muito embora a extracção endoscópica de um cálculo biliar impactado apresente várias limitações técnicas^{7,8}.
- O tratamento cirúrgico de eleição em doentes idosos com co-morbilidades e factores de risco associados, consiste na abordagem em dois tempos com enterolitotomia ou gastrolitotomia de urgência e posterior encerramento de fistula bilio-entérica e colecistectomia. A abordagem em tempo único (*one-stage procedure*) é reservada a doentes seleccionados e de baixo-risco^{9,10}.
- A taxa de mortalidade após abordagem cirúrgica conservadora (enterolitotomia ou gastrolitotomia) é ainda assim, de cerca de 12%^{9,10}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigler LG, Borman CN, Noble JF. Gallstone Obstruction. Journal of the American Medical Association. 1941;117(21):1753-1759.
2. Ariche A, Czeiger D, Gortzak Y, et al. Gastric outlet obstruction by gallstone: Bouveret syndrome. Scand. J. Gastroenterol. 2000;35(7):781-783.
3. Giese A, Zieren J, Winnekenonck 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.
4. Reiner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg. 1994;60(6):441-446.
5. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. Br J Surg. 1990;77(7):737-742.
6. Chou J-W, Hsu C-H, Liao K-F, et al. Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature. World J. Gastroenterol. 2007;13(8):1295-1298.
7. Oakland DJ, Denn PG. Endoscopic diagnosis of gallstone ileus of the duodenum. Dig. Dis. Sci. 1986;31(1):96-99.
8. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg. 2007;31(6):1292-1297.
9. Rodriguez-Sanjuán JC, Casado F, Fernández MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolitotomy alone in gallstone ileus. Br J Surg. 1997;84(5):634-637.
10. Martínez Ramos D, Barroca José JM, Escrig Sos J, et al. Gallstone ileus: management options and results on a series of 40 patients. Rev Esp Enferm Dig. 2009;101(2):117-120, 121-124.