

SÍNDROME DE BOUVERET: ABORDAGEM CIRÚRGICA NÃO DEFINITIVA

BOUVERET SYNDROME: NON-DEFINITIVE OPERATIVE APPROACH

João Victor Vecchi Ferri¹; Camila Horr Zaki, AsCBC-RS¹; Celto Pedro Dalla Vecchia Junior¹; Bernardo Silveira Volkweis, ACBC-RS¹; Ignácio Osório Mallmann¹.

RESUMO

A síndrome de Bouveret é uma condição clínica rara, de obstrução do estômago distal ou duodeno por um grande cálculo biliar, após a formação de uma fistula biliar. O tratamento agudo envolve a resolução da obstrução, seja por endoscopia digestiva, litotripsia extracorpórea, laparoscopia ou cirurgia aberta. Nos casos submetidos à intervenção cirúrgica, muitas vezes, deve-se optar pelo tratamento conservador desobstrutivo, deixando a colecistectomia e a resolução da fistula biliar para um segundo momento, após otimização clínica do paciente. Relatamos um caso de síndrome de Bouveret causada por um cálculo de 3 cm de diâmetro impactado no bulbo duodenal.

Descritores: Obstrução da Saída Gástrica. Obstrução Intestinal. Cálculos Biliares. Obstrução Duodenal. Fistula Intestinal. Endoscopia do Sistema Digestório. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

ABSTRACT

Bouveret's syndrome is a rare clinical condition of obstruction of the distal stomach or duodenum by a large biliary calculus, after formation of a biliary fistula. Acute treatment involves the resolution of obstruction, either by digestive endoscopy, extracorporeal lithotripsy, laparoscopy or open surgery. In cases submitted to surgical intervention, one should often opt for the unobstructive conservative treatment, leaving cholecystectomy and resolution of the biliary fistula for a second approach, after the clinical optimization of the patient. We report a case of Bouveret syndrome caused by a 3 cm gallstone blocking the duodenal bulb.

Keywords: Gastric Outlet Obstruction. Intestinal Obstruction. Gallstones. Duodenal Obstruction. Intestinal Fistula. Endoscopy, Digestive System. Surgical Procedures, Operative.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Bouveret contempla o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da obstrução do estômago distal ou duodeno causada por grandes cálculos biliares impactados. É uma condição rara, precedida pela formação de uma fistula que permite a passagem do cálculo para o trato gastrointestinal¹. A maior causa deste tipo de fistula é a perpetuação da inflamação crônica da vesícula biliar após a ocorrência de colecistite aguda, por exemplo. Nosso objetivo é contribuir para a literatura com um relato de caso de síndrome de Bouveret e realizar uma revisão sumária do tema.

RELATO DO CASO

Homem, de 83 anos, apresentou em maio de 2017, quadro de dor abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes, associado a náuseas e vômitos em grande quantidade. Em atendimento em sua cidade de origem, foi submetido ao cateterismo naso-gástrico, e realizou tomografia compu-

tadorizada (TC) do abdome com contraste e exames laboratoriais, cuja única alteração foi elevação de fosfatase alcalina (195 U/L). TC mostrava cálculo impactado na região pilórica com grande dilatação gástrica. Encaminhado à emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, apresentava-se com sinais de desidratação, regular estado geral, sem dor abdominal ou vômitos, com cateter naso-gástrico. Nova TC do abdome mostrou aerobilia, vesícula biliar com paredes espessadas com cálculo de 3,3 cm em seu interior e com comunicação fistulosa com bulbo duodenal, onde havia outro cálculo, de 3 cm de diâmetro, associado a distensão gástrica a montante (Figuras 1 e 2).

Com diagnóstico de obstrução mecânica do trato gastrointestinal por provável cálculo biliar, e devido à indisponibilidade de material adequado para manejo do cálculo por via endoscópica, optou-se por conduta cirúrgica.

¹Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Cirurgia Geral, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1. TC: Cálculo de 3,3cm na vesícula biliar e de 3cm no duodeno.



Figura 2. TC: Cálculo de 3cm no bulbo duodenal.

Inicialmente, procedeu-se à videolaparoscopia que revelou intenso processo inflamatório envolvendo a via biliar, com aderências ao cólon transverso, epíplon e duodeno. Devido às dificuldades técnicas de acesso à via biliar, optou-se por conversão à cirurgia aberta. Após adequada exposição de estômago, duodeno e via biliar, pôde-se palpar o cálculo, que foi retirado através de incisão gástrica justa pilórica (Figura 3), com posterior rafia simples. Devido às condições clínicas do paciente naquele momento, e às condições locais da cirurgia, optou-se apenas pela retirada do cálculo da vesícula e realização de colecistostomia com cateter de Foley nº 18, drenagem da cavidade e introdução de cateter naso-enterico para introdução de alimentação precoce. Evoluiu bem no pós-operatório, com alta no nono dia. Já no ambulatório, o paciente realizou colangiografia pelo dreno de Foley (Figura 4), que foi retirado na segunda consulta ambulatorial. Exames laboratoriais de controle mostraram-se sem alterações.

grafia pelo dreno de Foley (Figura 4), que foi retirado na segunda consulta ambulatorial. Exames laboratoriais de controle mostraram-se sem alterações.

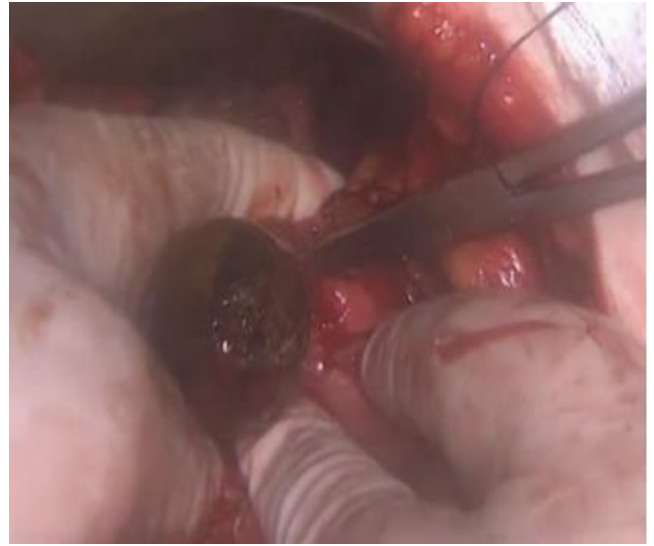


Figura 3. Cálculo biliar visto após incisão gástrica.



Figura 4. Colangiografia através do cateter de Foley.

DISCUSSÃO

O íleo biliar representa 1% a 4% de todas as obstruções intestinais mecânicas². Ocorre com maior prevalência em indivíduos com mais de 65 anos de idade, podendo ser responsável por até 25% de todas as obstruções mecânicas para pacientes nesta faixa etária ou mais velhos³. Quando o cálculo impacta no estômago ou no duodeno, determina um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam a síndrome de Bouveret, em referência a Leon Bouveret, internista francês que descreveu esta condição em 1896⁴. O cálculo migra através de

fístula entre a vesícula biliar e o trato gastrointestinal, o que pode ocorrer em 1% das colelitiasas, sendo mais comuns as fístulas colecistoduodenais (60%)⁵. Estas ocorrem devido a inflamação da vesícula biliar contígua ao duodeno ou simplesmente por necrose de pressão pelo cálculo⁶, que tende a ser grande (>2,5 cm)⁷.

Os pacientes se apresentam com quadro de obstrução intestinal alta, com vômitos precoces, desidratação, dor epigástrica e parada de eliminação de flatos e fezes. A história de cólica biliar é variável. Para o diagnóstico, lança-se mão do quadro clínico e de exames complementares⁶. A radiografia simples de abdome pode mostrar aerobilia e, cálculo ectópico quando este é radiopaco. A TC também demonstra estes achados, sendo mais acurada.

O tratamento na fase aguda visa à remoção do cálculo obstrutivo e pode ser realizada por via endoscópica, por laparoscopia ou por cirurgia aberta. Existe relato de aplicação de litotripsia extracorpórea, com sucesso⁸. Em nosso caso, foi optado pela cirurgia, pois a equipe de endoscopia digestiva de nosso serviço não possuía material adequado para a remoção de um cálculo tão grande. Além disto, a fragmentação destes cálculos para posterior extração com graspers endoscópicos pode resultar na migração destes fragmentos para o intestino delgado com possível obstrução distal⁹. Devido à idade, contexto de emergência, condição geral do paciente e intenso processo inflamatório no local, foi optado por não realizar a colecistectomia e reparação da fístula, diminuindo o tempo cirúrgico. Procedeu-se somente à colecistostomia por meio de uma sonda Foley para drenagem biliar e retirada dos cálculos para término precoce da cirurgia e melhora clínica do paciente. Esta conduta tem respaldo na literatura devido à maior mortalidade e risco de complicações com um procedimento definitivo³. Deve ser realizada a inspeção de todo o intestino delgado para descartar outros cálculos intraluminais. Uma segunda operação para colecistectomia é realizada em caráter eletivo após otimização clínica do paciente⁶.

REFERÊNCIAS

1. Puri V, Lee RW, Amirlak BA, Lanspa SJ, Fitzgibbons RJ Jr. Bouveret syndrome and gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2007;17(4):328-30.
2. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(9):2139-46.
3. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994;60(6):441-6.
4. Bouveret L. Stenose du pylore adhérent à la vesicule. *Rev Med (Paris)* 1896;16:1-16.
5. 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.
6. Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice.* Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.
7. O'Neill C, Colquhoun P, Schlachta CM, Etemad-Rezai R, Jayaraman S. Gastric outlet obstruction secondary to biliary calculi: 2 cases of Bouveret syndrome. *Can J Surg.* 2009;52(1):E16-8.
8. Langhorst J, Schumacher B, Deselaers T, Neuhaus H. Successful endoscopic therapy of a gastric outlet obstruction due to a gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome. *Gastrointest Endosc.* 2000;51(2):209-13.
9. Ariche A, Czeiger D, Gortzak Y, Shaked G, Shelef I, Levy I. Gastric outlet obstruction by gallstone: Bouveret syndrome. *Scand J Gastroenterol.* 2000; 35(7):781-3.

Endereço para correspondência:

João Victor Vecchi Ferri

E-mail: jvfv17@gmail.com

jv3007@hotmail.com