

OBSTRUCCIÓN DUODENAL POR LITO BILIAR SECUNDARIO A FÍSTULA COLECISTODUODENAL (SÍNDROME DE BOUVERET)

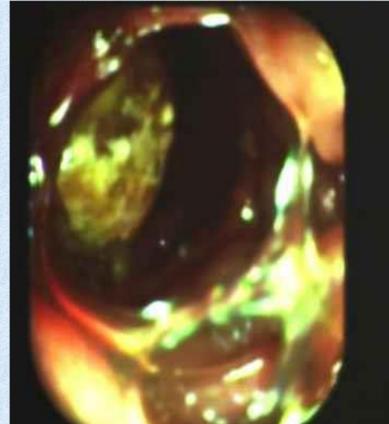
Medina Martínez LA, Valtier Martínez RE

Introducción.- El Síndrome de Bouveret corresponde a una Fístula Colecistoduodenal con paso de un lito al bulbo duodenal y posterior obstrucción del vaciamiento gástrico, descrita originalmente por Beaussier en 1770 y después por Bouveret en 1896.

Caso clínico.- Masculino de 41 años de edad, a su ingreso presenta náusea y vómito posprandial de 4 días de evolución, sin dolor ni distensión abdominal.

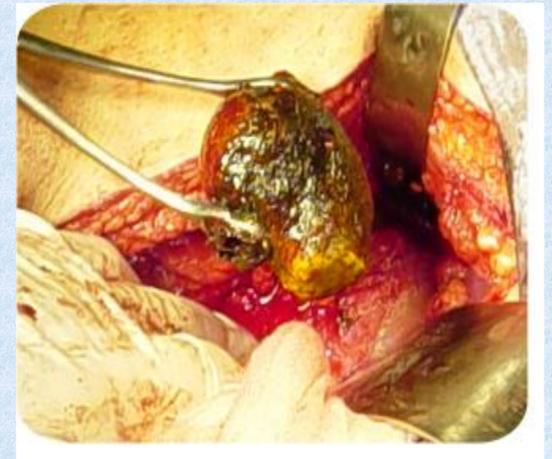


La Serie esofago-gastroduodenal reporta: Estómago retencionista y obstrucción duodenal



La endoscopía confirma obstrucción duodenal de más del 80% de su luz en su tercera porción por restos de alimento impactados, intentando ser retirados por este medio sin éxito.

Hallazgos quirúrgicos.- Fístula colecistoduodenal, Vesícula biliar xantogranulomatosa rebosando litos y la vía biliar sin dilatación. La cirugía realizada consistió en: Desmantelamiento de la fístula y colecistectomía siguiendo con duodenostomía a través de la cual se extrae lito de 6 x 3 cms de la segunda porción del duodeno, posteriormente se hace duodenorrafia con cierre primario en un plano y parche epiplón.



Se deja doble drenaje con sondas nasogástrica y de alimentación (retrograda, vía yeyunostomía) ambas a nivel del cierre primario, además se deja drenaje tipo penrose. Su evolución postoperatoria con absceso de herida quirúrgica y desnutrición por ayuno prolongado requiriendo de alimentación parenteral total; se realiza trago con medio hidrosoluble al 7° día que se reporta normal iniciando la vía oral sin complicaciones, egresándose al 16° día posquirúrgico.



Conclusiones.- El Síndrome de Bouveret es raro, estimado en 0.5 de cada 1000 casos de obstrucción intestinal a nivel duodenal (reportados 60 casos en la literatura Americana hasta 1987). Nuestro caso es en un paciente de género masculino, cuando la relación mujer/hombre es de 3.5/1; en una persona joven de 41 años de edad, cuando la media es de 72 años de edad y sin mortalidad operatoria, siendo importante discutir el manejo quirúrgico y su evolución postoperatoria