

Obstrucción intestinal alta y aerobilia en mujer de 86 años

Valdés Fernández, M. B.¹, Hernández Sánchez, G.², Baquedano Rodríguez, J.³

Sanid. mil. 2009; 65 (1): 21-22

Mujer de 86 años de edad que acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho de 24 horas de evolución acompañado de náuseas y vómitos alimentarios. Antecedentes personales de interés: colelitiasis con un episodio de colecistitis con respuesta favorable a tratamiento médico, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y portadora de marcapasos.

Exploración abdominal: abdomen blando, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con signo de Murphy dudoso y signo de Blumberg negativo.

Analítica: cifra normal de leucocitos con neutrofilia relativa y resto de parámetros sin alteraciones.

Se realizó una ecografía abdominal en la que se observó colelitiasis sin signos de colecistitis ni dilatación de las vías biliares y en el parénquima hepático se visualizaban focos ecogénicos con sombra en “cola de cometa” que sugerían aerobilia. Llamaba la atención una dilatación gástrica que impedía visualizar adecuadamente el área pancreática. Ante el cuadro de obstrucción intestinal alta y aerobilia se solicitó una Tomografía Computarizada.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

¹ Cap. Médico.

² Tcol. Médico.

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

³ Tcol. Médico. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Dirección para correspondencia: D^a M^a Belén Valdés Fernández. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid.

Recibido: 10 de marzo de 2009.

Aceptado: 16 de marzo de 2009.

Diagnóstico: Síndrome de Bouveret

HALLAZGOS EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Se aprecia una evidente aerobilia que afecta a la vía biliar intrahepática (Fig. 1), a la vía biliar principal en prácticamente toda su extensión y a la vesícula biliar, siendo también visible una alteración de la atenuación de la grasa peritoneal y retroperitoneal adyacente de aspecto inflamatorio y aire retroperitoneal alrededor de la tercera y cuarta porciones duodenales que se extiende a la raíz del mesenterio, lo que sugiere perforación de víscera hueca retroperitoneal (Fig. 2,3). El páncreas muestra además un dudoso desflecamiento de sus contornos en la cabeza, lo que traduce un proceso inflamatorio (Fig. 3). Existe también una discreta dilatación del intestino proximal observándose la imagen de un cálculo de 19 mm en las primeras asas yeyunales, que parece ser el responsable de la obstrucción (Fig. 4).

El diagnóstico diferencial que puede plantearse es entre las siguientes posibilidades: cuadro obstructivo intestinal alto incluido el íleo biliar, úlcera perforada, pancreatitis y fístula maligna.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico y radiológico es compatible con el síndrome de Bouveret, que constituye una forma particular de íleo biliar en el cual se produce una obstrucción intestinal alta, generalmente en el duodeno, debido a un cálculo biliar que ha migrado al tracto digestivo a través de una fístula biliodigestiva, quedando después impactado dentro de la luz intestinal. La primera descripción preoperatoria de esta entidad fue realizada por Leon Bouveret en 1896¹. Predomina en pacientes de sexo femenino y de edad avanzada². El íleo biliar clásico suele referirse a una obstrucción provocada por un cálculo impactado en el íleon terminal, pero en este síndrome el cálculo suele situarse más alto, generalmente en la región piloroduodenal y esto sólo ocurre en el 2-3% de los casos de íleo biliar³. La etiología más frecuente de las fístulas biliodigestivas es la colelitiasis en el 60 al 90% de los casos ya que al producirse una obstrucción del conducto cístico se favorece la aparición de colecistitis que parece ser el sustrato fisiopatológico sobre el que se forma la fístula. Otras causas son la úlcera péptica y mucho menos frecuentes son las neoplasias digestivas o biliares. La localización más frecuente de la fístula es la colecistoduodenal en un 60-70% de los casos y suele comunicarse el fondo vesicular con el bulbo duodenal; más raras son las fístulas colecistocólicas, colecistogástricas y colédocoduodenales⁴.

La radiología convencional no suele ayudar a hacer el diagnóstico, aunque está descrito que en el 30-35% de los pacientes pueden aparecer los hallazgos clásicos del íleo biliar que consisten en la triada de Rigler: obstrucción intestinal, cálculo biliar en posición anómala y aerobilia⁵. La Tomografía Computarizada confirma la presencia de aire en todo el circuito biliar, localiza el cálculo obstructivo y puede hacer sospechar la presencia de la fístula biliodigestiva como en este caso por la marcada aerobilia en ausencia de antecedentes quirúrgicos o endoscópicos sobre la vía biliar, el retroperitoneo y los cambios inflamatorios descritos. Con la administración de contraste oral se puede incluso visualizar el trayecto fistuloso y la vesícula biliar llena de contraste, lo que pone de manifiesto la comunicación biliodigestiva⁶.

Se realizó una endoscopia con el fin de extraer el cálculo obstructivo, pero sin éxito ya que no se consiguió capturar migrando a tramos más distales no accesibles. Se decidió realizar una intervención quirúrgica programada durante la cual se confirmaron los hallazgos radiológicos; se realizó colecistectomía por colecistitis aguda, se cerró la zona fistulosa duodenal y se extrajo el cálculo situado en el yeyuno. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma de vesícula.

El síndrome de Bouveret representa una causa excepcional de obstrucción intestinal, pero se asocia a una elevada mortalidad, probablemente por la avanzada edad de los pacientes, la comorbilidad asociada y el importante riesgo quirúrgico que presentan. De ahí que el diagnóstico precoz por imagen mediante TC y en casos seleccionados colangiopancreatografía-RM tenga gran interés⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouveret L. Stenose du pylore adherente à la vesicule. Rev Med (Paris) 1896 ; 16 :1-16.
2. Frattaroli FM, Reggio D, Gaudalaxara A, Illomei G, Lomnto D, Pappalardo G. Bouveret's syndrome : case report and review of the literature. Hepatogastroenterology 1997; 44: 1019-1022.
3. Langhorst J, Schumacher B, Deselaers T, Neuhaus H. Successful endoscopy therapy of a gastric outlet obstruction due to gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome. Gastroint Endosc 2000; 51: 209-213.
4. Salvador L. Fístulas biliares internas espontáneas. Rev Esp Enf Digest 1984; 65: 437-444.
5. Pickhardt PJ, Bhalla S, Balfe DM. Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies and imaging evaluation. Radiology 2002; 224: 9-23.
6. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. Radiographics 2004 ; 24 (4) : 1171-1175.
7. Pickhardt PJ, Friendland JA, Hruza DS, Fisher AJ. CT, MR cholangio-pancreatography and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. AJR Am J Roentgenol 2003; 180: 1033-1035.