



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 8 • Março 2009

Síndrome de Bouveret

Coutinho L., Brito S., Diogo D., Bernades A., Oliveira F.

Hospitais da Universidade de Coimbra – Serviço de Cirurgia I

Director: Prof. Doutor Fernando José Oliveira

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Bouveret é uma entidade nosológica rara que se caracteriza por uma obstrução digestiva mecânica alta (1-3%) provocada pela impactação duodenal de um cálculo biliar procedente de uma fístula colecistoduodenal (1).

Foi descrito pela primeira vez em 1841 por Bonet como um achado necrótico. Léon Bouveret a quem se deve a denominação do Síndrome realizou o primeiro diagnóstico pré-operatório, que viria a ser tema de uma publicação em 1896 (2). Presentemente estão publicados menos de 200 casos.

Apesar de rara esta situação está associada a uma taxa de mortalidade não desprezível (15%), provavelmente relacionada com a idade avançada e as patologias associadas (3).

A inespecificidade clínica, a limitação dos meios auxiliares de diagnóstico, a polémica suscitada pelo tipo de tratamento mais adequado e a raridade do síndrome, motivaram a apresentação de um caso clínico elucidativo desta variante de *íleus* biliar, expondo a sua conduta diagnóstica e terapêutica.

CASO CLÍNICO

Doente com 86 anos, do sexo masculino, admitido pelo Serviço de Urgência por vómitos de estase e epigastralgia com 24 horas de evolução e agravamento progressivo.

Dos antecedentes pessoais destaca-se história de litíase vesicular complicada de pancreatite aguda e de

úlceras duodenal crónica, ambas submetidas a tratamento médico.

Ao exame objectivo encontrava-se prostrado, apirético, normotenso com abdómen difusamente doloroso à palpação mas sem sinais de irritação peritoneal.

As determinações analíticas séricas revelaram: leucócitos 15,6 G/L, azoto ureico 35 mg/dl, creatinina 1,6 mg/dl, potássio 3,1 mg/dl, osmolalidade 304 mosm/Kg, PCR 4,2 mg/dl.

As radiografias de tórax e abdómen simples em ortostatismo não tinham alterações referenciáveis mas a ecografia abdominal demonstrou a presença de litíase vesicular sem sinais de colecistite aguda

Perante a hipótese diagnóstica de obstrução digestiva alta realizou-se uma endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou oclusão duodenal (D1) justapilórica por volumoso corpo estranho cuja tentativa de fragmentação/remoção foi infrutífera.

A celiotomia exploradora revelou:

- vesícula biliar com sinais inflamatórios discretos;
- volumoso cálculo na primeira porção do duodeno, que por sua vez se encontrava deformado e diminuído de calibre por fibrose cicatricial;
- fístula colecistoduodenal justapilórica. (Fig. 1)

Perante estes achados procedeu-se a:

- colecistectomia, reparação da fístula e rafia do orifício duodenal da mesma após “avivamento do bordo”;
- mobilização do cálculo para o estômago, gastrotomia posterior com extracção do mesmo, gastro-entrostomia e exploração manual de todo o ID. (Fig. 2)

O pós-operatório decorreu sem complicações e o doente teve alta ao 10º dia.

O estudo anatómopatológico demonstrou a pre-



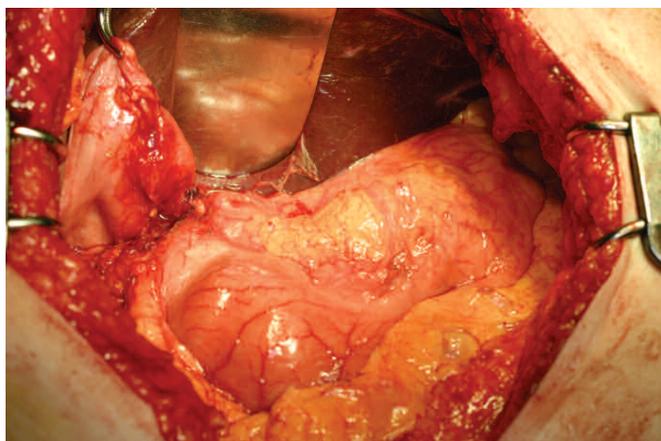


Fig. 1 – Celiotomia exploradora: vesícula biliar com sinais inflamatórios discretos, volumoso cálculo em DI (deformado por fibrose cicatricial), fístula colecistoduodenal justa-pilórica

sença de colecistite crónica agudizada e uma fístula colecistoduodenal.

Ao 18º mês de pós-operatório permanecia assintomático e sem alterações analíticas ou imagiológicas.

DISCUSSÃO

O diagnóstico desta entidade exige um elevado índice de suspeição clínica em articulação com avaliação imagiológica e endoscópica complementares.

Atinge mais frequentemente indivíduos do sexo feminino, na sétima década de vida. Os doentes com este Síndrome geralmente apresentam sinais e sintomas sugestivos de oclusão digestiva alta (63%) e/ou, raramente, hematemeses (24%), febre (5%) e icterícia obstrutiva (3%) (4). A EDA e a tomografia computadorizada (TC) são geralmente esclarecedoras, mas o diagnóstico raramente é feito no pré-operatório. A radiografia simples do abdómen ou a TC evidenciam, geralmente, um estômago dilatado, que na presença da Tríade de Rigler (aerobilia, oclusão digestiva mecânica, cálculo ectópico) podem ser patognomónicos (5). A EDA revela obstrução gástrica em todas as situações, mas, apenas, permite a visualização do cálculo em 69% dos casos (1).

As atitudes terapêuticas, actualmente, aceites incluem:

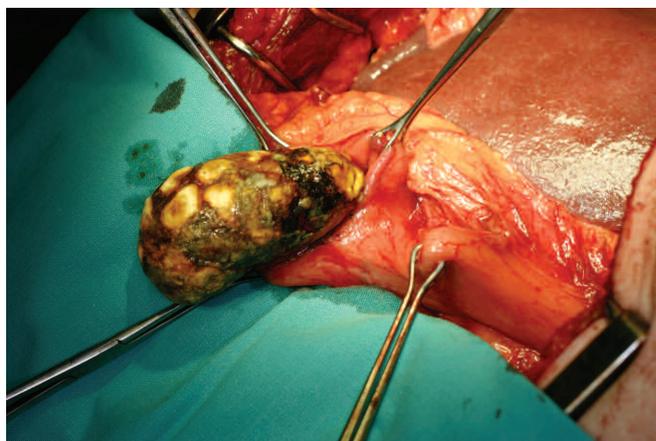


Fig. 2 – Mobilização do cálculo para o estômago, gastrotomia posterior e extração do mesmo

– remoção endoscópica do(s) cálculo(s) após fragmentação, complementada por laser, litotricia mecânica, electrohidráulica ou extracorporal;

– intervenção cirúrgica, por laparotomia ou laparoscopia, em um ou dois tempos para remoção do(s) cálculo(s) associada (um tempo) ou seguida (dois tempos) de colecistectomia e reparação da fístula.

Apesar do número de complicações associadas ao tratamento endoscópico ser menor, a EDA não corrige a fístula colecistoduodenal, não permite a pesquisa de outros cálculos no lúmen intestinal, existindo ainda o risco de perfuração duodenal quando os cálculos são volumosos. Apenas 9% dos doentes são tratados satisfatoriamente por métodos não cirúrgicos (4).

A maioria dos doentes (91%) requer cirurgia para tratamento definitivo. Destes, cerca de 65% são submetidos apenas a enterolitotomia, estando a colecistectomia e reparação da fístula reservadas para os doentes que permanecem sintomáticos, numa fase posterior (cirurgia dois tempos) (4).

Nos restantes casos efectua-se remoção do cálculo, colecistectomia e reparação da fístula num só tempo (4). A terapêutica cirúrgica num só tempo, permite o tratamento definitivo, eliminando teoricamente o risco de *ileus* biliar recorrente, a colangite, o carcinoma da vesícula biliar e a necessidade de outro procedimento cirúrgico. Não obstante, está associado a uma taxa de morbimortalidade mais elevada, pelo que deve



ser reservado a pacientes com bom estado geral.

A escolha entre tratamento endoscópico e cirúrgico é condicionada fundamentalmente pelo material disponível, tamanho do(s) cálculo(s), estabilidade hemodinâmica e/ou opção do paciente. Nos doentes com risco cirúrgico elevado, o tratamento endoscópico surge como uma alternativa adequada pela menor taxa de complicações. Contudo perante o seu fracasso é obrigatório o tratamento cirúrgico.

No caso clínico exposto o tratamento cirúrgico impôs-se perante o fracasso da terapêutica endoscópica. Uma vez realizada laparotomia verificou-se que as condições locais e o estado de equilíbrio hemodinâmico do

doente permitiam o tratamento definitivo em um só tempo: colecistectomia, reparação da fístula e remoção do cálculo. A fibrose e deformação duodenal, resultante da cicatrização da úlcera com aspecto estenosante, a friabilidade da mucosa duodenal e a protecção eventual da rafia duodenal do orifício fistuloso condicionaram a realização de uma gastrojejunostomia.

Apesar de raro, o diagnóstico e a conduta terapêutica correctas são fundamentais para evitar a morbimortalidade elevada inerente ao Síndrome de Bouveret. A eleição do tratamento adequado para cada caso clínico, endoscopia e/ou cirurgia, é função de factores clínicos e técnicos.

REFERÊNCIAS

1. M.S. Cappell, M. Davis. Characterization of Bouveret's Syndrome: A Comprehensive Review of 128 cases. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:2139-2146
2. C. Lérias, P. Souto, J.E. Pina Cabral, S. Saraiva, C. Baldaia, P. Figueiredo, J. Botelho, C. Sofia, H. Gouveia, D. Freitas. Síndrome de Bouveret: um desafio para o Gastroenterologista. *GE – J Port Gastroenterol* 2002, 9: 26-30
3. N.C. Buchs, D. Azagury, M. Chilcott, T. Nguyen-Tang, J.M. Dumonceau, P. Morel. Bouveret's Syndrome: Management and Strategy of a Rare Cause of Gastric Outlet Obstruction. *Digestion* 2007; 75:17-19
4. A.S. Lowe, S. Stephenson, C.L. Kay, J. May. Duodenal Obstruction by Gallstones (Bouveret's Syndrome): a Review of the Literature. *Endoscopy* 2005; 37:82-87
5. G.B. Brennan, R.D. Rosenberg, S. Arora. Bouveret Syndrome. *Radiographics* 2004; 24:1171-1175

