

Síndrome de Bouveret: Apresentação de Um Caso Clínico e Breve Revisão da Literatura



Bouveret's Syndrome: A Case Report and a Brief Literature Review

Rita PEIXOTO^{1,2}, Joana CORREIA^{1,2}, Mário Guimarães SOARES¹, António GOUVEIA^{1,2}
Acta Med Port 2020 May;33(5):347-349 • <https://doi.org/10.20344/amp.11664>

RESUMO

Apesar de rara, a síndrome de Bouveret é uma das causas descritas de obstrução ao esvaziamento gástrico. Apresentamos o caso clínico de uma doente do género feminino com 68 anos, admitida por quadro sugestivo de 'obstrução digestiva alta'. Após avaliação clínica e realização de estudo complementar, viria a ser colocada, alguns meses mais tarde, a suspeita de fístula colecistoduodenal. A doente foi submetida a laparotomia exploradora, que confirmou o diagnóstico de síndrome de Bouveret, com realização de pilorolitotomia, piloroplastia e colecistectomia. Aos sete meses, encontrava-se assintomática. Esta síndrome representa apenas 1% - 3% de todos os ileos biliares, sendo mais frequente em mulheres e indivíduos mais idosos. A forma de apresentação é bastante inespecífica, mas na maioria dos casos a sintomatologia sugere um quadro de oclusão digestiva alta. O tratamento pode ser realizado através de litotricia, mas na grande maioria dos doentes é necessária uma abordagem cirúrgica do problema.

Palavras-chave: Cálculos Biliares; Obstrução ao Esvaziamento Gástrico

ABSTRACT

Bouveret's syndrome is a rare cause of gastric outlet obstruction. We report a case of a 68-year-old woman admitted with upper digestive obstruction. A few months later, and after several diagnostic tests and clinical surveillance, a cholecystoduodenal fistula was suspected. During exploratory laparotomy, the diagnosis of Bouveret's syndrome was confirmed and a pylorolithotomy, pyloroplasty and a cholecystectomy were performed. The patient was asymptomatic 7 months after the operation. This syndrome represents only 1% - 3% of all cases of gallstone ileus, being more frequent in women and in the elderly. The presentation is quite nonspecific, but in most cases the symptomatology suggests an upper digestive occlusion. Treatment can be achieved by lithotripsy, but most patients require a surgical approach.

Keywords: Gallstones; Gastric Outlet Obstruction

INTRODUÇÃO

Com a introdução dos inibidores da bomba de prótons e da erradicação do *Helicobacter Pylori* na prática clínica, a maioria dos casos com diagnóstico de mau esvaziamento gástrico obstrutivo no adulto encontra-se associada a patologia do foro maligno.^{1,2}

A síndrome de Bouveret (SB) é uma causa rara, mas bem documentada, de obstrução ao esvaziamento gástrico, caracterizada pela impactação de um cálculo biliar de grandes dimensões no piloro ou no duodeno.³

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de uma doente do género feminino com 68 anos de idade e antecedentes de epilepsia, admitida no serviço de urgência por intolerância alimentar, com vômitos alimentares associados a uma perda de peso não quantificada.

Realizou uma tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica que identificou um espessamento concêntrico do antro gástrico sugestivo de 'processo neoformativo' a condicionar estase gástrica e formações ganglionares celíacas, a maior das quais com 9 mm de maior diâmetro; não apresentava evidência imagiológica de metastização a distância.

A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou áreas de

eritema e erosão da mucosa no antro justapilórico (biópsias), bem como um piloro deformado com ulceração superficial da mucosa e alguma dificuldade na transposição do aparelho, pela deformidade associada (também biopsiada) (Fig. 1). As biópsias evidenciaram 'abundante infiltrado inflamatório mononucleado', sem evidência de metaplasia, displasia ou malignidade. A pesquisa de microorganismos de tipo *Helicobacter pylori* (Hp) foi positiva.

Perante a hipótese de etiologia péptica, foi iniciado tratamento de suporte com nutrição parentérica, administração e.v. de inibidores da bomba de prótons e posterior erradicação do Hp.

A doente evoluiu favoravelmente com a terapêutica instituída, vindo a tolerar progressivamente dieta geral, o que permitiu a alta hospitalar e o seguimento em consulta externa.

Por agravamento das queixas, seis meses depois, repetiu EDA que revelou persistência de estenose do bulbo duodenal, tendo as biópsias efetuadas sido negativas para malignidade. Repetiu também TC, que mostrou grande distensão de todo o estômago, com ponto de transição no piloro, não tendo sido detetada qualquer "lesão expansiva" perigástrica. Adicionalmente, foi visualizada a presença de ar na vesícula biliar que levantou a hipótese diagnóstica de

1. Serviço de Cirurgia Geral. Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Matosinhos. Portugal.

2. Departamento de Cirurgia Geral. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Rita Peixoto. ritasapeixoto@gmail.com

Recebido: 10 de dezembro de 2018 - Aceite: 08 de março de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020



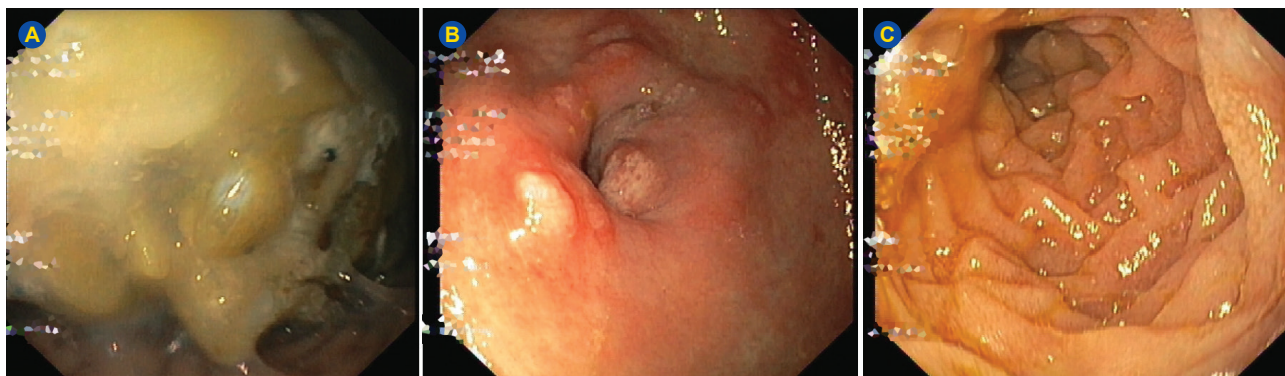


Figura 1 – Endoscopia digestiva alta: imagens da distorção e ulceração do piloro. (A) Conteúdo alimentar, (B) Antro/ piloro, (C) D2.

fístula colecistoduodenal (Fig. 2).

A doente foi submetida a laparotomia exploradora, confirmando-se a deformidade da região pilórica e bolbo duodenal, com repuxamento condicionado por uma vesícula biliar preenchida de cálculos e pela existência de fístula colecistoduodenal com um cálculo impactado (Fig. 3). Perante estes achados, foi efetuada colecistectomia e pilorolitotomia, associando uma piloroplastia tipo Judd.

A histologia confirmou a ausência de malignidade.

O pós-operatório decorreu sem complicações *major* e a doente mantém-se assintomática, sete meses após a cirurgia.

DISCUSSÃO

A síndrome de Bouveret foi clinicamente reconhecida pela primeira vez em 1770 por Beaussier, mas foi só em 1896 que o internista francês Léon Bouveret publicou dois casos clínicos de obstrução ao esvaziamento gástrico condicionada por um cálculo biliar encravado no duodeno.⁴

Trata-se de uma forma rara de íleus biliar, representando apenas 1% - 3% destes casos.⁵ A forma de apresentação difere da dos outros íleus biliares pela obstrução muito proximal.

É mais prevalente em indivíduos idosos (idade média = 74 anos) e no género feminino, com um rácio F:M de 1,9.³ Outros fatores associados a este diagnóstico são os antecedentes de litíase biliar, múltiplos episódios de colecistite aguda e a presença de cálculos biliares de grandes dimensões (2 - 8 cm).⁶

A formação de uma fístula colecistoentérica (CE) ocorre em 0,3% - 0,5% dos portadores de litíase vesicular. São os cálculos biliares que iniciam um processo inflamatório crónico na parede da vesícula biliar e da víscera contígua, acabando por induzir a formação de aderências entre estas estruturas e, com o aumento progressivo da pressão intravesicular, causar erosão e migrar, formando a fístula CE.⁴ Na maioria dos casos a fístula envolve o duodeno (60%), mas podem ocorrer fístulas para o cólon (17%), para o estômago (5%) e também fístulas coledocoduodenais (5%).⁷

A forma de apresentação, apesar de inespecífica, sugere na maioria das vezes um quadro de oclusão digestiva alta, como foi observado no caso apresentado. Numa revisão de 126 casos,⁵ os sintomas mais vezes identificados foram as náuseas e vómitos (86%), dor abdominal (71%) e hematemeses (15%).

A radiografia simples do abdómen é frequentemente o

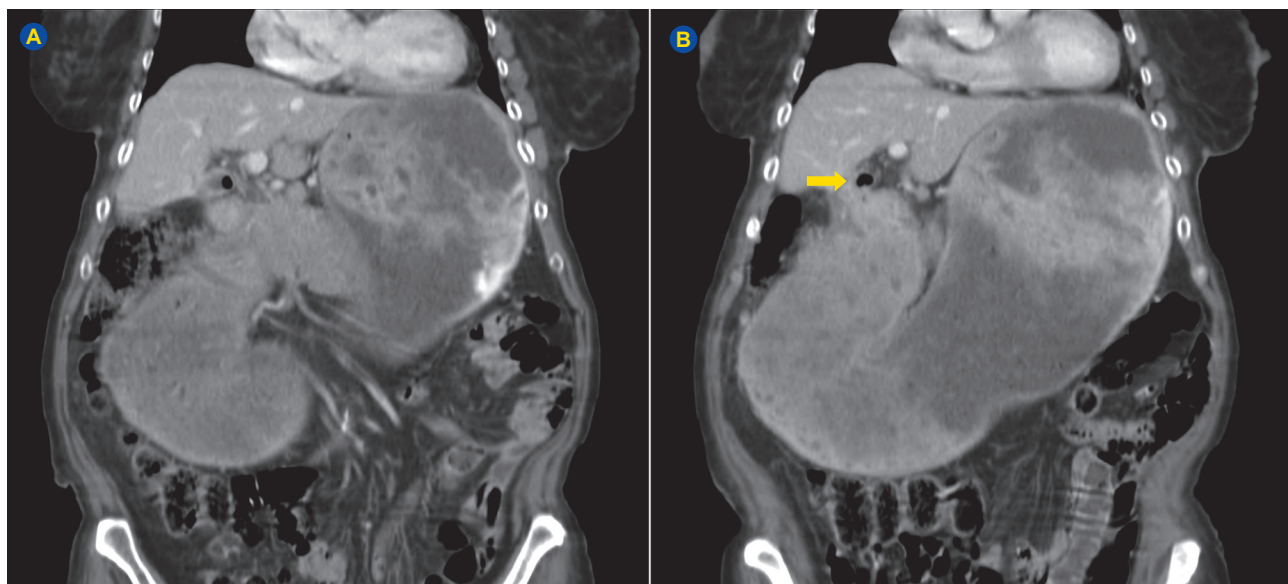


Figura 2 – Tomografia computadorizada: imagens de aerobilia (seta) e distensão gástrica exuberante



Figura 3 – Cálculo impactado no piloro

primeiro exame pedido no Serviço de Urgência em quadros clínicos de obstrução gástrica. No entanto, apenas em 30% a 35% dos casos é possível identificar a tríade de Rigler, específica para o íleus biliar: aerobilia, oclusão alta do tubo digestivo e cálculo radiopaco ectópico.⁸ Isoladamente, a radiografia estabelece o diagnóstico em apenas 21% dos casos de SB.³ A endoscopia digestiva alta (EDA) é mandatória nestes doentes, revelando sinais de obstrução digestiva alta, como retenção de restos alimentares e/ou intransponibilidade da junção gastroduodenal pelo endoscópio. Porém, apenas em 69% dos casos é possível visualizar o cálculo biliar — dificuldade corroborada no presente caso. Sinais como a existência de uma massa dura, convexa e não friável podem sugerir a presença de um cálculo biliar.⁵ Já a TC é um exame com elevada sensibilidade (93%) e especificidade (100%) para o diagnóstico, permitindo identificar com maior acuidade a tríade de Rigler. No entanto, os cálculos podem sofrer um fenómeno de isoatenuação (15% - 25%), o que dificulta a sua visualização na TC.⁹

O tratamento endoscópico e a litotricia percutânea podem ser tentados numa primeira abordagem em doentes

idosos e com múltiplas morbilidades associadas. Contudo, 91% dos doentes acaba por necessitar de tratamento cirúrgico.¹⁰ A maioria (64%) realiza apenas gastro ou enterolitotomia, sem colecistectomia ou correção da fístula, dado o estado inflamatório e/ou fibrose dos tecidos e o elevado risco de desenvolvimento de complicações. Numa revisão de 1001 casos de íleus biliar, apenas 10% dos doentes necessita de uma segunda cirurgia para reparação da fístula biliar por persistência dos sintomas.¹¹ Em 36% dos casos, é possível optar pela abordagem única, mas esta deve ser reservada para doentes mais jovens e com melhor estado geral,¹² tal como efetuado nesta doente, após adequada recuperação nutricional. A taxa de mortalidade descrita para o tratamento cirúrgico é de 19% - 24%.

A SB, apesar de rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes com obstrução do esvaziamento gástrico, uma vez que só o diagnóstico correto permite um tratamento dirigido e eficaz.

PROTECÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONSENTIMENTO DO DOENTE

Obtido.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesses relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

- Shone DN, Nikoomanesh P, Smith-Meek MM, Bender JS. Malignancy is the most common cause of gastric outlet obstruction in the era of H2 blockers. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:1769-70.
- Khullar S, DiSario J. Gastric outlet obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1996;6:585-603.
- Nickel F, Muller-Eschner M, Chu J, von Tengg-Kobligk H, Muller-Stich B. Bouveret's syndrome: presentation of two cases with review of the literature and development of a surgical treatment strategy. *BMC Surg.* 2013;13:33.
- Camarneiro RM de S. Síndrome de Bouveret – revisão da literatura e estudo retrospectivo de casos clínicos. 2015. [consultado 2018 nove 05]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/31874>.
- Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:2139-46.
- Iancu C, Bodea R, Al Hajjar N, Todea-Iancu D, Bala O, Acalovschi I. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *J Gastrointest Liver Dis.* 2008;17:87-90.
- Mavroedis V, Matthioudakis D, Economou N, Karanikas I. Bouveret syndrome—the rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review. *Case Rep Surg.* 2013;2013:839370.
- Pickhardt P, Bhalla S, Balfe D. Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology.* 2002;224:9-23.
- Pickhardt P, Friedland J, Hruza D, Fisher A. Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;180:1033-5.
- Lowe A, Stephenson S, Kay C, May J. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature. *Endoscopy.* 2005;37:82-7.
- Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994;60:441-6.
- Rodríguez-Sanjuan J, Casado F, Fernandez M, Morales D, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg.* 1997;84:634-7.