

SÍNDROME DE BOUVERET: UM RELATO DE CASO

*JOÃO VITOR COTRIM GONÇALVES; **TARCÍSIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO; ***WANDER CAMPOS MARCOS; *SARAH OLIVEIRA ROCHA; *VICTOR HUGO CARVALHO FUREAUX; *DEBORA GANDRA ALVARENGA; *PAULO HENRIQUE MARCELINO AMARAL; *ANDRÉ LANA PIMENTA

* Residentes de Cirurgia Geral do Hospital Júlia Kubitschek; ** Chefe do Serviço e da Residência de Cirurgia Geral do Hospital Júlia Kubitschek; *** Cirurgião preceptor no Hospital Júlia Kubitschek

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Bouveret é uma rara condição clínica descrita em 1896 por Leon Bouveret, para casos de obstrução de estômago distal ou duodeno por grande cálculo biliar, após a formação de uma fístula biliar para o trato gastrointestinal.

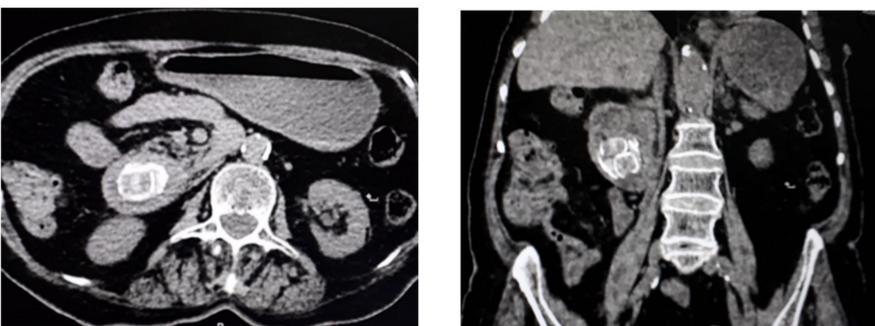
O objetivo deste trabalho é compartilhar a experiência do Serviço de Cirurgia do Hospital Júlia Kubitschek e realizar uma breve revisão sobre o tema.

RELATO DE CASO

M.A.N., 89 anos, sexo feminino, hipertensa, admitida no pronto atendimento com quadro de dor abdominal difusa, mais intensa em HCD, iniciada há 8 dias, associada a náuseas, vômitos e hiporexia.

Ao exame físico, apresentava-se desidratada, anictérica e afebril. Dor leve à palpação da região epigástrica e em HCD, sem sinais de irritação peritoneal. Ao toque retal: apresentava fezes em ampola e ausência de sangue em dedo de luva. Exames laboratoriais evidenciavam leucocitose 23090, sem desvio; Cr 3,9; Ur 261; PCR 56. Sem demais alterações ao exame.

Realizada tomografia computadorizada de abdome, que mostrou fístula colecistoduodenal e dois cálculos biliares de aproximadamente 4cm cada, localizados na segunda porção duodenal.



TC de abdome evidenciando fístula colecistoduodenal com 2 cálculos biliares de aproximadamente 4cm em topografia de duodeno

Paciente encaminhada ao bloco cirúrgico. Sob anestesia geral, realizada passagem de duodenoscópio e visualizado grande cálculo na 2ª porção duodenal, o qual foi fragmentado e extraído através de cesta endoscópica. Após, visualizou-se o segundo cálculo impactado também na mesma topografia, justaposto à fístula, impossibilitando sua fragmentação e passagem transpilórica.

A partir disso, optou-se por conversão para laparotomia, com incisão da parede gástrica anterior a 2cm do piloro, sua transposição manual, fragmentação do cálculo e posterior extração. Ao final, realizado fechamento em 2 planos e omentoplastia, e sondagem nasogástrica sob visualização direta.

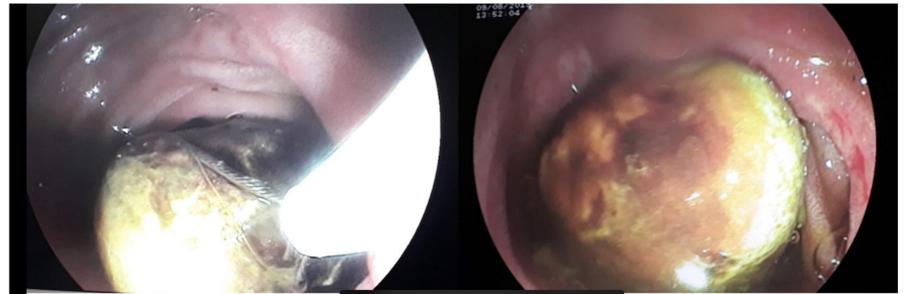


Imagem endoscópica da tentativa de retirada do cálculo através de cesta endoscópica

Paciente evoluiu bem e recebeu alta no 10º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Íleo biliar corresponde a cerca de 1 a 4% dos casos de obstrução intestinal e, dentre eles, 1 a 3% estão relacionados à Síndrome de Bouveret. A incidência é maior no sexo feminino, em maiores de 74 anos.

A clínica geralmente é inespecífica, podendo apresentar dor abdominal difusa, náuseas e vômitos. Logo, um exame de imagem abdominal é indispensável, sendo a tomografia computadorizada o exame com maior sensibilidade (93%) e especificidade (100%), a qual possibilita identificar a Tríade de Rigler, sinal muito específico, mas pouco frequente (14,8 a 21% dos casos), que compreende obstrução intestinal em delgado, pneumobilia e cálculo ectópico.

O tratamento cirúrgico é essencial e, visto o perfil de paciente, deve-se priorizar a primeira abordagem sendo por via endoscópica. Contudo, a literatura mostra que em cerca de 91% dos casos, há necessidade de conversão para técnica aberta para conclusão do procedimento. O que ocorre devido à limitação do endoscópio em cálculos maiores de 2,5 cm e, em caso de uso de graspers endoscópicos, há risco de deslocamento dos fragmentos para intestino delgado distal e obstrução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ferri JVV, Zaki CH, AsCBC-RS, Vecchia Junior CPD, Volkweis BS, ACBC-RS, et al. Síndrome de Bouveret: abordagem cirúrgica não definitiva. *Relatos Casos Cir.*2017;(4):1-3; Haddad FG, Mansour W, Deeb L. Bouveret's Syndrome: Literature Review. *Cureus.* 2018;10(3):e2299. Published 2018 Mar 10. doi:10.7759/cureus.2299; Caldwell KM, Lee SJ, Leggett PL, Bajwa KS, Mehta SS, Shah SK. Bouveret syndrome: current management strategies. *Clin Exp Gastroenterol.* 2018;11:69-75. Published 2018 Feb 15. doi:10.2147/CEG.S132069; Andrew P Keaveny, MD, FRCPINezam H Afdhal, MD, FRCPISteven Bowers, MD. Gallstone ileus. *Post TW*, ed. *UpToDate.* Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on July 25, 2020.)