

OBSTRUÇÃO DUODENAL POR SÍNDROME DE BOUVERET: RELATO DE CASOS EM HOSPITAL SECUNDÁRIO EM SÃO PAULO

Victor Macedo Machado Freire¹, Stephani da Costa e Sousa Freire da Silva¹, Karla Terumi de Oliveira Oku¹, Alexandre Shiniti Sassatani², José Gustavo Parreira², José César Assef², Carolini do Nascimento Santana

¹Médicos Residentes do Programa de Área Cirúrgica Básica do Hospital Estadual de Franco Rocha
²Médicos Assistentes do Programa de Área Cirúrgica Básica do Hospital Estadual de Franco Rocha



Hospital Estadual Dr. Albano da
Franca Rocha Sobrinho

Palavras Chave: Vias Biliares. Obstrução Duodenal. Fístulas Bilioentéricas. Síndrome de Bouveret.

INTRODUÇÃO:

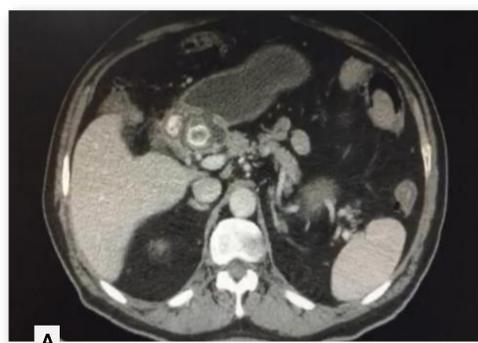
A Síndrome de Bouveret é uma condição rara que consiste na obstrução duodenal ou gástrica distal por cálculo biliar, através de uma fístula colecistoduodenal ou colecistogástrica.

O objetivo deste trabalho é contribuir com a literatura ao descrever a abordagem na fase aguda de dois casos dessa síndrome no Hospital Estadual de Franco da Rocha.

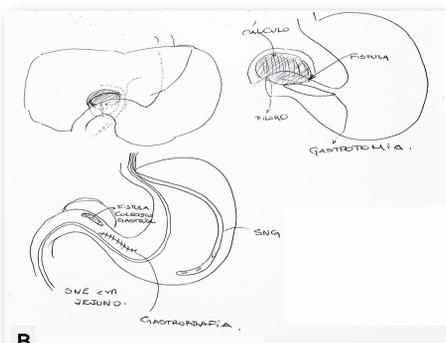
RELATO DE CASO:

V.N.F., feminino, 73 anos, deu entrada, em junho de 2018, com quadro de dor em hipocôndrio direito (HCD) e vômitos há cinco dias. Tomografia Computadorizada (TC) com contraste evidenciou imagem sugestiva de cálculo impactado na primeira porção duodenal, sendo indicada Laparotomia Exploradora (LE). No inventário da cavidade havia bloqueio em topografia de vesícula biliar (VB) com estômago e duodeno, e cálculo com cerca de 10 cm em estômago distal. Optado por gastrotomia, sendo evidenciada fístula colecistogástrica na região antral, retirando-se cálculo que promovia oclusão pilórica.

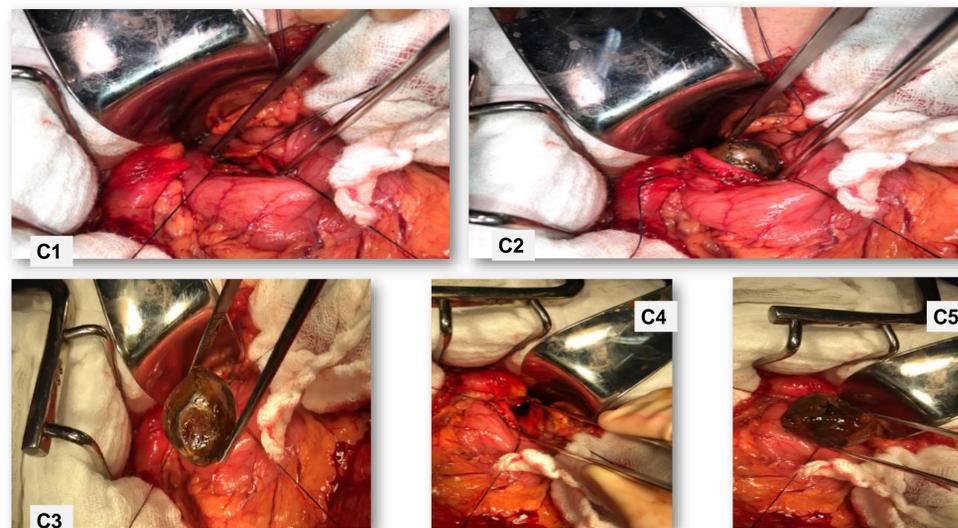
U.O., masculino, 70 anos, apresentou em abril de 2019 vômitos e dor em epigástrico e HCD, além de parada de evacuação há três dias. Realizada TC com contraste que evidenciou imagens sugestivas de cálculos com pequenos focos gasosos de permeio, possivelmente comunicando-se com primeira porção duodenal, discreta aerobilia e dilatação gástrica. Indicada LE, em que se observou bloqueio em topografia de VB, com cálculo palpável de 8 cm, que foi retirado por gastrotomia, sendo, em seguida, verificada fístula colecistoduodenal, com outro cálculo de 5 cm, que promovia a oclusão duodenal, o qual foi posteriormente retirado.



A-TC evidenciando cálculos em topografia do ducto cístico, possivelmente comunicando-se com primeira porção duodenal.



B-Esquema ilustrativo das cirurgias realizadas.



C1-5- Fotos da retirada dos cálculos na cirurgia do paciente U.O.

DISCUSSÃO:

As fístulas bilioentéricas são complicações incomuns em portadores de colelitíase, tendo incidência de 3-5% nesses pacientes. As fístulas mais frequentes, quanto à localização, são: colecistoduodenal (77-90%), colecistocolônica (8-26,5%), coledocoduodenal (5%) e colecistogástrica (2%).

A etiologia das fístulas pode ser explicada por um processo inflamatório da VB, que, por contiguidade, acomete o outro órgão, como também por necrose de pressão pelo cálculo. Os sintomas são inespecíficos e similares a qualquer doença biliar crônica. O diagnóstico pode ser inferido pelo exame radiológico simples, embasado na Tríade de Rigler, que ocorre em 40-50% dos casos, e que se caracteriza por alças dilatadas e nível hidroaéreo, presença de gás nas vias biliares e litíase biliar ectópica. A TC apresenta bons resultados para o diagnóstico dessa patologia, sendo mais evidente a aerobilia. Na fase aguda, o tratamento visa remover o cálculo obstrutivo.

Nos casos relatados, optou-se pela não realização da colecistectomia e reparação da fístula, devido ao intenso processo inflamatório local, além do contexto de emergência, a fim de diminuir o tempo cirúrgico, mortalidade e complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar-Espinosa F et al. Fístula colecistoduodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia em su manejo quirúrgico. Revista de Gastroenterología de México. 2017; 82(4):287-295.
2. Sabiston, tratado de cirurgia / Courteney M. Townsend ... (et al.); tradução Débora Rodrigues Fonseca... et al.) - Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
3. RODRIGUES, Isabela Lemos Murelli. Síndrome de Bouveret e seu diagnóstico por imagem. Radiol Bras, São Paulo, v. 51, n. 4, pág. 276-277, agosto de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842018000400276&lng=en&nrm=iso>. acesso em 22 de agosto de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0220>.
4. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdomem agudo por obstrução íleo-biliar. Rev Col Bras Cir.[periódico na Internet] 2013;40(4). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>.