

OBSTRUÇÃO DUODENAL POR CÁLCULO - SÍNDROME DE BOUVERET: UM RELATO DE CASO

DUODENAL OBSTRUCTION BY CALCULUS - BOUVERET SYNDROME: A CASE REPORT

OBSTRUCCIÓN DUODENAL POR CÁLCULO - SÍNDROME DE BOUVERET: APORTE DE UN CASO

Tacio Antônio Barros Silva*, Guilherme Amantéa Costa Carvalho*, Cibele Alexandra Ferro*, Matheus Cunha Cantuária**, Gleice Aline Gonçalves**, Eduardo Elias Oliveira Padovez**, Mario Eliver Ocampo Alves***, João Gabriel Romero Braga****

Resumo

Introdução: A Síndrome de Bouveret é uma complicação rara, causada por um cálculo biliar grande que obstrui o intestino por meio de uma fístula e tem como principais sintomas: náuseas, vômitos, dor abdominal e distensão. O diagnóstico é feito por meio de exames de imagem, o tratamento é desafiador e pode envolver cirurgia ou procedimentos endoscópicos. Tem morbimortalidade considerável, mas a falta de diretrizes padrão dificulta o diagnóstico e o tratamento. **Objetivos:** Apresentar um relato de caso de paciente com características fisiopatológicas e diagnóstico de Síndrome de Bouveret, discutir a sintomatologia clínica, diagnóstico, tratamento e o desfecho cirúrgico. **Método:** Relato de caso realizado por revisão de prontuário e exames de paciente com síndrome de Bouveret. **Apresentação:** Feminina, 62 anos, quadro clínico compatível com obstrução duodenal. Tomografia de abdômen: imagem ectópica radiopaca, distensão hidroaérea intestinal, sugerindo cálculo biliar, confirmada através de endoscopia digestiva alta. Submetida a gastrotomia, seguida de gastrorrafia, sem reparo da fístula colecistogástrica. **Discussão:** Síndrome de Bouveret é mais comum em idosos e mulheres com antecedentes de cálculos biliares grandes. O diagnóstico é feito por meio de exames de imagem, geralmente por tomografia computadorizada e o tratamento visa remover o cálculo e aliviar a obstrução intestinal de maneira menos invasiva possível. Por alto risco cirúrgico, o tratamento endoscópico por meio de métodos como retirada com cesta ou litotripsia é indicado, porém, requer múltiplos procedimentos e possui limitações. A abordagem cirúrgica pode ser realizada em um ou dois tempos, dependendo das condições do paciente. **Conclusão:** Exames de imagens aliados à clínica são essenciais para o diagnóstico e tratamento com gastrostomia e o reparo de fístula em dois tempos se mostra uma ótima opção.

Palavras-chave: Cálculo biliar. Obstrução duodenal. Síndrome de Bouveret.

Abstract

Introduction: Bouveret syndrome is a rare complication, caused by a large gallstone that obstructs the intestine through a fistula and has as main symptoms: nausea, vomiting, abdominal pain and distension. The diagnosis is made through imaging tests, the treatment is challenging and may involve surgery or endoscopic procedures. It has considerable morbidity and mortality, but the lack of standard guidelines makes diagnosis and treatment difficult. **Objectives:** To present a case report of a patient with pathophysiological characteristics and diagnosis of Bouveret syndrome, to discuss the clinical symptomatology, diagnosis, treatment and surgical outcome. **Method:** Case report performed by review of medical records and examinations of patients with Bouveret syndrome. **Presentation:** Female, 62 years old, clinical picture compatible with duodenal obstruction. Abdominal CT scan: radiopaque ectopic image, intestinal hydrorespiratory distension, suggesting gallstone, confirmed by upper digestive endoscopy. Submitted to gastrotomy, followed by gastrorraphy, without repair of the cholecystogastric fistula. **Discussion:** Bouveret syndrome is more common in the elderly and women with a history of large gallstones. The diagnosis is made through imaging tests, usually by computed tomography and the treatment aims to remove the stone and relieve intestinal obstruction in the least invasive way possible. Due to high surgical risk, endoscopic treatment through methods such as basket removal or lithotripsy is indicated, however, it requires multiple procedures and has limitations. The surgical approach can be performed in one or two times, depending on the patient's conditions. **Conclusion:** Imaging exams combined with the clinic are essential for diagnosis and treatment with gastrotomy and two-stage fistula repair is a great option.

Keywords: Gallstones. Duodenal obstruction. Bouveret syndrome.

Resumen

Introducción: El Síndrome de Bouveret es una complicación rara, causada por un gran cálculo biliar que obstruye el intestino a través de una fístula y tiene como síntomas principales: náuseas, vómitos, dolor abdominal y distensión. El diagnóstico se realiza a través de pruebas de imagen, el tratamiento es desafiante y puede involucrar cirugía o procedimientos endoscópicos. Tiene una morbilidad y mortalidad considerables, pero la falta de pautas estándar dificulta el diagnóstico y el tratamiento. **Objetivos:** Presentar un reporte de caso de un paciente con características fisiopatológicas y diagnóstico de Síndrome de Bouveret, discutir la sintomatología clínica, diagnóstico, tratamiento y resultado quirúrgico.

* Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: tacio-antonio@hotmail.com

** Residentes da especialidade Cirurgia Geral do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

*** Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

**** Doutorando em Ciências da Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas. Professor da disciplina de Cirurgia Geral do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP, Brasil.

Método: Reporte de caso realizado mediante revisión de historias clínicas y exámenes de un paciente con síndrome de Bouveret. **Presentación:** Mujer, 62 años, cuadro clínico compatible con obstrucción duodenal. Tomografía de abdomen: imagen ectópica radiopaca, distensión intestinal hidroaérea, sugestiva de cálculos biliares, confirmada por endoscopia digestiva alta. Sometido a gastrotomía, seguida de gastrorrafia, sin reparación de la fístula colecistogástrica. **Discusión:** El síndrome de Bouveret es más común en ancianos y mujeres con antecedentes de cálculos biliares grandes. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, generalmente por tomografía computarizada, y el tratamiento tiene como objetivo eliminar el cálculo y aliviar la obstrucción intestinal de la forma menos invasiva posible. Debido al alto riesgo quirúrgico, está indicado el tratamiento endoscópico mediante métodos como la extracción con canastilla o la litotricia, sin embargo, requiere múltiples procedimientos y tiene limitaciones. El abordaje quirúrgico se puede realizar en una o dos etapas, dependiendo de las condiciones del paciente. **Conclusión:** Los exámenes de imagen combinados con la clínica son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento con gastrostomía y la reparación de fístulas en dos tiempos demuestra ser una gran opción.

Palabras clave: Cálculo biliar. Obstrucción duodenal Síndrome de Bouveret.

INTRODUÇÃO

A colelitíase é uma patologia recorrente. Uma estimativa aponta que, aos 75 anos, 35% das mulheres e 20% dos homens irão desenvolvê-la e a grande maioria dos pacientes cursam com uma boa evolução após diagnóstico e tratamento. Cerca de 6% dos indivíduos podem desenvolver complicações, sendo as mais comuns: colecistite aguda, coledocolitíase, colangite e pancreatite aguda¹. Existem outras complicações menos frequentes como o íleo biliar que afeta de 0,3% a 0,5% dos pacientes, definido como a obstrução mecânica do íleo por um cálculo biliar que migra da vesícula biliar para uma víscera oca após uma fístula²⁻⁴. Uma variação ainda mais rara do íleo biliar é quando a obstrução ocorre no piloro ou no duodeno proximal. Essa condição é denominada Síndrome de Bouveret^{1,4}.

Descrita pela primeira vez pelo cirurgião parisiense Leon Bouveret em 1896³, essa complicação representa de 1% a 3% dos casos de íleo biliar^{1,2}. Sua gênese advém de um processo inflamatório crônico causada por um cálculo biliar grande, normalmente maior que 2,5cm, que gera aderências do sistema biliar aos órgãos adjacentes, causando uma fístula e passagem desse cálculo biliar para uma víscera oca, causando obstrução intestinal devido seu grande diâmetro^{1,4}. Os locais de maior ocorrência da fístula são: duodeno, cólon e, mais raramente, o estômago.

Os principais sinais e sintomas relacionados a essa condição são: náusea e vômito (86%), dor ou desconforto abdominal (71%), dor à palpação (44%), desidratação (31%) e distensão abdominal (27%)^{3,5}. Diante disso, percebe-se que clinicamente esse quadro é inespecífico, portanto, o diagnóstico definitivo depende de exames de imagem³. Dentre os exames de imagem destacam-se: a radiografia, capaz de definir o

diagnóstico em apenas 20 a 30% dos casos. A tomografia computadorizada mostra-se superior, conferindo uma sensibilidade de 93%, especificidade de 100%. Os achados esperados são: estômago distendido, aerobilia, e imagem radiopaca sugerindo um cálculo biliar em localização ectópica, esses achados são conhecidos como Tríade de Rigler^{1,4}.

Em relação ao tratamento, encontra-se o principal desafio desta patologia, já que é necessário definir se a fístula biliar deve ser tratada em conjunto com a obstrução intestinal ou em uma cirurgia posterior, de forma isolada¹⁻³. Existem diversos métodos para tratar a obstrução, métodos cirúrgicos como a gastrotomia e enterolitotomia são os principais. Tratamentos menos invasivos também são descritos, como a retirada endoscópica^{1,4,5}.

Apesar dos avanços na medicina, a morbimortalidade relacionada a essa patologia ainda é considerável, podendo chegar até 12%¹. Essa taxa está diretamente relacionada ao perfil dos pacientes afetados, que geralmente são idosos. Destaca-se também predominância para pessoas do sexo feminino, embora isso se deva ao fato da colelitíase ter prevalência maior em mulheres^{3,5}. Além disso, mais de 40% dos pacientes têm história prévia de colecistite não tratada cirurgicamente⁶.

A literatura científica sobre a patologia consiste basicamente de relatos de casos, algumas séries de casos e pouquíssimas revisões ou artigos originais⁵. Além da raridade, a ausência de diretrizes padrão² torna tanto o diagnóstico quanto o tratamento desafiadores⁴. Desse modo, esse estudo visa relatar o caso de uma paciente adulta com obstrução biliar - síndrome de Bouveret, com obstrução duodenal por cálculo de grande dimensão, bem como seu tratamento e diagnóstico.

OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo apresentar um relato de caso de paciente com características fisiopatológicas e diagnóstico de Síndrome de Bouveret, discutir a sintomatologia clínica, diagnóstico, tratamento e o desfecho cirúrgico.

MATERIAL E MÉTODO

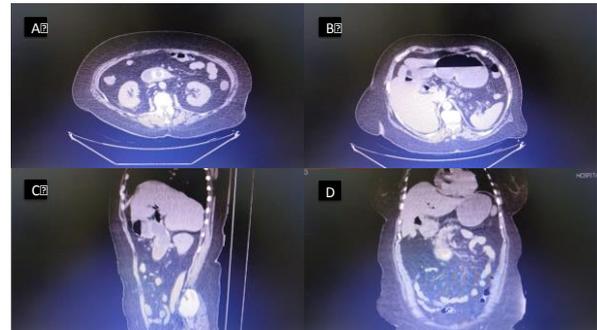
Trata-se de relato de caso realizado por meio de revisão de prontuário e exames de uma paciente atendida em um hospital-escola na cidade de Catanduva-SP, com obstrução duodenal por cálculo biliar. O acompanhamento do caso foi iniciado em fevereiro de 2023.

Os dados foram coletados no nosocômio acima citado e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), de Catanduva-SP, sob o número do parecer: CEP nº 6.081.168 e CAAE nº 69783123.0.0000.5430.

APRESENTAÇÃO

Paciente do sexo feminino, 62 anos, hipertensa e diabética tipo 2, apresentava dor abdominal pós prandial, tipo cólica, de forte intensidade em hipocôndrio direito e epigástrico havia 5 dias, além de inúmeros episódios de vômitos biliosos. O abdome estava distendido e era doloroso a palpação em toda região supraumbilical. Foi realizado um ultrassom de abdome que mostrou a vesícula biliar com alteração de sua morfologia habitual, paredes parcialmente evidenciadas contendo cálculo no seu interior e componente aéreo, além de presença de aerobilia em vias biliares intra-hepáticas. Após avaliações, foi realizado uma tomografia de abdome onde foi observada imagem ectópica radiopaca, medindo 3,5 cm, localizado na 2ª porção duodenal, acompanhada de distensão hidroaérea da câmara gástrica e dos segmentos duodenais à montante.

Figura 1 - Cortes tomográficos: A- Corte axial, presença de imagem radiopaca em topografia da segunda para terceira porção duodenal. B- Corte axial, presença de aerobilia e distensão do estômago e duodeno proximal. C- Corte sagital, presença de aerobilia e distensão do estômago e duodeno proximal. D- Corte coronal, aerobilia, fístula biliar, distensão de estômago e cálculo ectópico



Na sequência, a paciente foi encaminhada para uma endoscopia digestiva alta que confirmou a presença de um cálculo grande impactado em segunda porção duodenal. Porém não foi possível realizar sua retirada. Diante disso, a paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora, sendo realizada a manobra de Kocher e Cattell-Braasch com exposição do duodeno, encontrando-se o cálculo biliar impactado na transição da 2ª para 3ª porção duodenal. Isso foi malaxado para o estômago, realizado uma gastrotomia para sua retirada seguida de gastrorrafia. Nesse ato cirúrgico não foi realizado tratamento da fístula biliar. O procedimento ocorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta no 5º dia de pós-operatório. No retorno ambulatorial, a paciente estava sem queixas, relatando melhora importante e significativa da qualidade de vida, e em programação do tratamento da fístula biliar.

Figura 2 - Achados cirúrgicos: A- Gastrotomia e retirada do cálculo. B- Cálculo de aproximadamente 3,5cm



DISCUSSÃO

A Síndrome de Bouveret é mais prevalente em idosos, mulheres e com antecedentes de litíase biliar,

portadores de cálculos biliares de grandes dimensões (2-8 cm) e episódios múltiplos de crises álgicas. A formação da fístula colecistoentérica ocorre em torno 0,5% dos portadores de litíase biliar⁷. Devido às manifestações clínicas não serem tão específicas, é crucial utilizar exames complementares de imagem, para diagnosticar e descartar outras causas de obstrução intestinal⁸. A radiografia de abdome possibilita visualizar a tríade de Rigler em até 30% dos casos. O exame padrão ouro é a tomografia computadorizada de abdome⁹, oportunizando, até mesmo de visualizar a fístula colecistoentérica⁸.

O tratamento adequado para os pacientes com síndrome de Bouveret é bastante discutido, mas o objetivo primário do tratamento é a remoção do cálculo, pondo fim à obstrução, da maneira menos invasiva possível⁹. A conduta terapêutica deve considerar múltiplos fatores, como as condições gerais do paciente, a idade, comorbidades, a localização do cálculo, o grau de inflamação local, o tamanho da fístula e a presença de mais de um cálculo⁸.

Em pacientes de idade avançada, com comorbidades e alto risco cirúrgico, o procedimento endoscópico é frequentemente considerado como uma boa opção, visando mitigar complicações relacionadas à cirurgia, principalmente em casos em que o reparo da fístula colecistoentérica não é necessário naquele momento⁹. Existem vários métodos modernos de intervenção endoscópica disponíveis. A retirada endoscópica com cesta tem eficácia em cálculos menores, enquanto a litotripsia eletro-hidráulica tem sido utilizada em locais de maior recurso para eliminar cálculos maiores, com ou sem o auxílio de laser litotripsia. A litotripsia extracorpórea mecânica também pode ser utilizada⁹.

Embora a abordagem endoscópica geralmente seja bem-sucedida em vários casos, alguns pacientes requerem múltiplos procedimentos endoscópicos⁹. Procedimento este, mais indicado em pacientes com cálculos de tamanho pequeno ou médio e com relativa mobilidade⁹. Além disso, é importante ressaltar que existem fatores limitantes nos procedimentos endoscópicos, como o risco de perfuração intestinal, migração do cálculo e dificuldades para passar cálculos maiores que 2,5cm pelo esfôfago³. Apesar da variedade

de opções terapêuticas endoscópicas, a taxa de sucesso é ainda muito baixa, o que frequentemente leva à necessidade de um procedimento cirúrgico subsequente^{8,9}.

O tratamento cirúrgico é considerado o principal tratamento para a síndrome de Bouveret^{8,9}. Existem várias abordagens cirúrgicas disponíveis, como a retirada do cálculo por meio de enterolitotomia ou gastrotomia, podendo ser realizadas por via convencional ou laparoscópica, sendo acompanhada ou não, de colecistectomia e reparo da fístula².

A abordagem com retirada do cálculo seguida de colecistectomia com reparo da fístula é uma opção que requer experiência do cirurgião e depende das condições clínicas e locais do paciente, considerando que essa abordagem evita futuras recidivas e deve ser estimulada em pacientes jovens. Outra abordagem é a cirurgia de "dois tempos", que envolve a remoção do cálculo, com cirurgia posterior de colecistectomia e reparo da fístula¹. Vários autores sugerem que a extração apenas do cálculo seja realizada em pacientes de alto risco cirúrgico, abordagem essa, associada a uma menor taxa de mortalidade quando comparada aos casos em que a colecistectomia e o reparo da fístula são realizados em um único procedimento cirúrgico.

CONCLUSÃO

Diante de um quadro clínico e sintomatologias inespecíficas, os exames de imagem são importantes para desfecho diagnóstico da Síndrome de Bouveret, uma patologia rara, e a literatura científica é importante para auxiliar/guiar o tratamento cirúrgico. No caso em questão, o diagnóstico foi realizado no início da sintomatologia sendo optado pela abordagem em dois tempos, e a paciente evoluiu bem com melhora significativa e sem queixas durante o acompanhamento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. Haddad FG, Mansour W, Deeb L. Bouveret's syndrome: literature review. *Cureus*. 2018 Mar; 10(3):e2299.
2. Caldwell KM, Lee SJ, Leggett PL, Bajwa KS, Mehta SS, Shah SK. Bouveret syndrome: current management strategies. *Clin Exp Gastroenterol*. 2018; 11:69-75.
3. Ferhatoglu MF, Kartal A. Bouveret's syndrome: a case based review; clinical presentation, diagnostics and treatment approaches. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2020; 54(1):1-7.

4. Hsu AJ, Lin B, Attar B, Go B. Contrasting strategies in Bouveret's syndrome: a series of two cases. *Cureus*. 2022 Sep 7;14(9):e28880.
5. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101(9):2139-46.
6. Smith E, Zhao S, El Boghdady M, Sabato-Ceraldi S. Bouveret syndrome: a challenging case of impacted gallstone within the fourth part of the duodenum. *Int J Surg Case Rep*. 2022; 94:107084.
7. Peixoto R, Correia J, Soares MG, Gouveia A. Bouveret's syndrome: a case report and a brief literature review. *Acta Med Port*. 2020; 33(5):347-9.
8. Navarro-del Río E, Hernández-Zúñiga JF. Síndrome de Bouveret: una rara complicación de la coledoclitiasis. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Cir Cir*. 2020; 88(1):95-9.
9. Mavroeidis VK, Matthioudakis DI, Economou NK, Karanikas ID. Bouveret Syndrome - the rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review. *Case Reports in Surgery*. 2013; 2013:1-6.

Envio: 25/03/2023

Aceite: 28/05/2023