

Síndrome de Bouveret

Marcos Alexandre de Souza¹, Iago Fernando Alencar Amorim¹, Thiago Eberhad Dutra¹, José Guillerme Gutierrez Saldanha², Cássio Padilha Rubert³, Robson Luiz Silveira Jara⁴

¹ Médico Residente do Programa de Cirurgia Básica do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – HRMS

² Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul – UEMS.

⁵ Coordenador e Preceptor do Programa de Residência Médica de Cirurgia do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – HRMS.

⁶ Preceptor do Programa de Residência Médica de Cirurgia do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – HRMS.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Bouveret (SB) é uma condição clínica rara, representa aproximadamente 1 a 3% dos casos de obstrução causada por cálculos biliares. Sua gênese está relacionada com a impactação pilórica de um cálculo biliar proveniente de uma fístula entre a vesícula biliar e o estômago, que impede o esvaziamento gástrico. Acomete principalmente mulheres, idosas, com múltiplas comorbidades e histórico de litíase biliar. Sua apresentação clínica caracteriza-se por dor e distensão abdominal, associada a episódios de êmese com característica biliar. O diagnóstico é baseado na história clínica e nos achados dos exames de imagem. O presente relato tem por objetivo descrever um caso dessa doença incomum.

RELATO DE CASO

M.C.S, 66 anos, sexo feminino, procurou o Pronto Atendimento do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul com história de dor abdominal difusa, plenitude gástrica, náusea e êmese, associada à perda ponderal. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, descorada +/4+ e desidratada +/4+. O abdome era plano, com RHA+ doloroso à palpação profunda difusamente, sem massas palpáveis e sem sinais de irritação peritoneal. Em razão do quadro inespecífico foi solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou orifício fistuloso no bulbo duodenal, tomografia e ressonância nuclear magnética do abdome superior com colangiografia por ressonância que mostraram vesícula biliar distendida, com paredes espessadas, irregulares com cálculo grande no interior, medindo aproximadamente 6,3 x 3,6 cm.

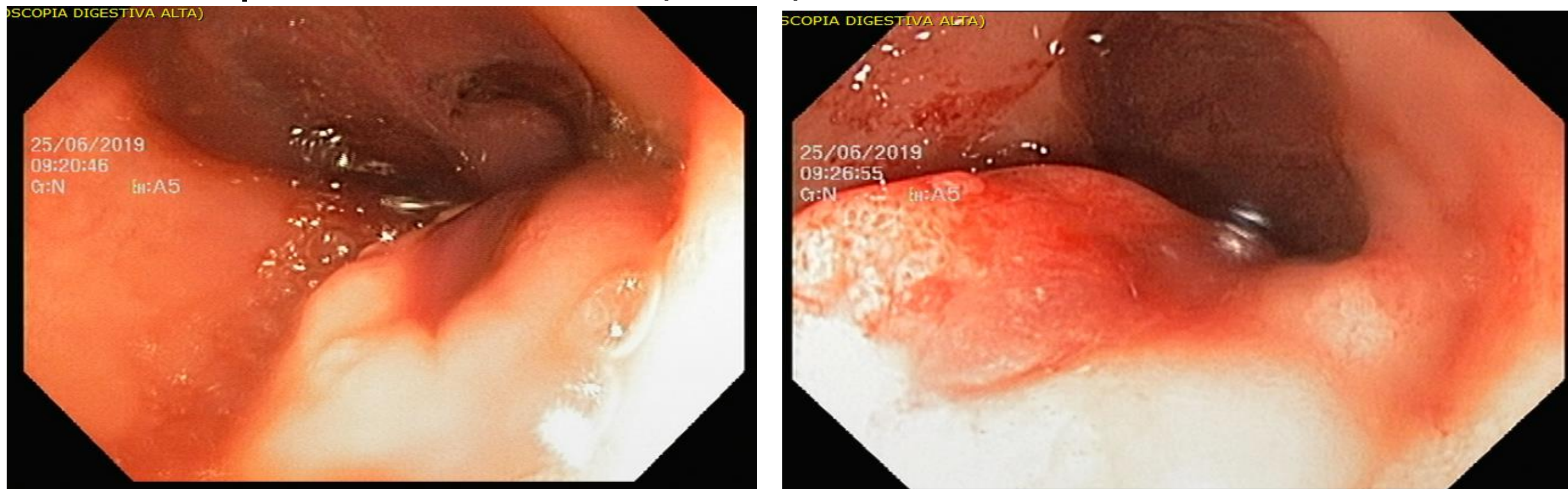


Figura - 1: A e B: Endoscopia Digestiva Alta mostrando orifício fistuloso no bulbo duodenal.

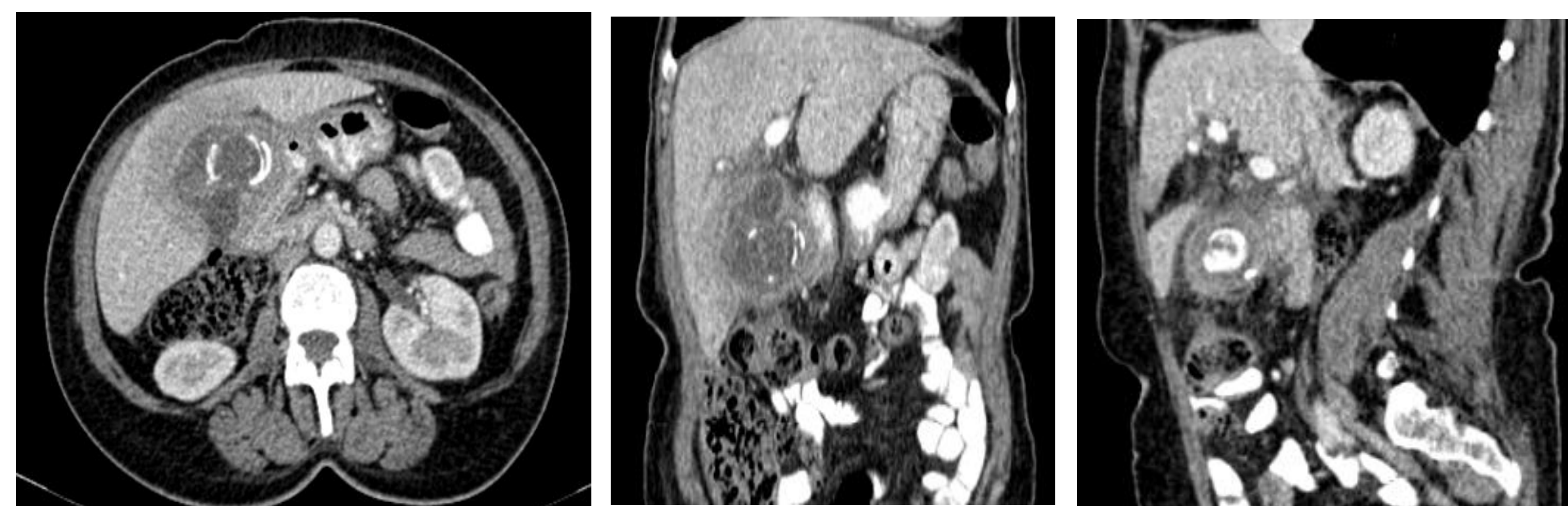


Figura – 2: Tomografia de abdome. A: corte transversal evidenciando vesícula biliar de paredes espessas e calcificação central; B: corte coronal mostrando vesícula biliar aumentada; C: corte sagital evidenciando calcificação na região do duodeno.

A paciente foi submetida à laparotomia exploradora. No intraoperatório foi evidenciada uma grande aderência entre omento, estômago e fígado. Após a liberação dessa, foi visualizada uma fístula entre a vesícula biliar e a parede gástrica. Procedeu-se a abertura da parede gástrica para a retirada de 2 cálculos de aproximadamente 6 cm da região pré-pilórica com posterior gastrorrafia. A paciente foi encaminhada para enfermaria, onde apresentou boa evolução clínica e recebeu alta hospitalar no 7º PO para acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

As fístulas colecisto-entéricas são raras, verificando-se forte associação com presença de colelitíase volumosa (cálculos > 2,5 cm). Cálculos biliares, sobre a mucosa vesicular, por vezes promovem um processo de pericolecistite, formação de aderências com os órgãos adjacentes e erosão gradual, culminando na formação de um trajeto fistuloso. Dentre essas destacamos a síndrome de Bouveret. O diagnóstico dessa síndrome baseia-se na história clínica associada aos exames complementares. No entanto, ele nem sempre é fácil já que a sintomatologia é inespecífica. O tratamento é cirúrgico em razão do quadro obstrutivo. A SB é um verdadeiro desafio pois na literatura atual existem poucos casos relatados, dessa forma esperamos contribuir relatando mais um caso dessa rara condição.

REFERÊNCIAS:

1. PURI Varu et al. Bouveret syndrome and gallstone ileus. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2007;17(4):328-30.
2. PÉREZ Laura Crespo et al. Una causa infrecuente de obstrucción gástrica: síndrome de Bouveret. Gastroenterología y Hepatología. 2008;31:646-51
3. FERRI João Victor Vecchi et al. Síndrome de Bouveret: abordagem cirúrgica não definitiva. Rev Col Bras Cir. Relatos Casos Cir.2017;(4):1-3
4. RRODRIGUES Isabela Lemos Murelli. Síndrome de Bouveret e seu diagnóstico por imagem. Radiol Bras. 2018 Jul/Ago;51(4):268–278
5. PEIXOTO Rita. Síndrome de Bouveret: apresentação de um caso clínico e breve revisão da literatura. Acta Med Port 2020 May;33(5):347-349