



Síndrome de Bouveret: Um relato de caso raro

Mallú Emrich Leão¹; Eduardo Hélio Intelizano De Souza¹; Mayume Silva Kavagutti¹; Larissa Ganança Buosi¹; Máira Navarro De Padua Arantes¹; Eduardo Brenner Cavalcante Marque¹; Nathieli Pinhatti Colatreli².

1. Médico residente da Santa Casa de Rio Preto.
2. Médica Preceptora da Santa Casa de Rio Preto.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Bouveret resume o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da obstrução piloro-duodeno por cálculos biliares enormes impactados. É uma complicação rara, causada por uma fístula que abre passagem do cálculo para o trato gastrointestinal. A maior causa deste tipo de fístula são episódios repetidos de colecistite aguda, levando a inflamação crônica da vesícula biliar. No presente relato temos como objetivo exaltar a importância da mesma como diagnóstico diferencial em pacientes com clínica de abdome agudo obstrutivo.

RELATO DE CASO

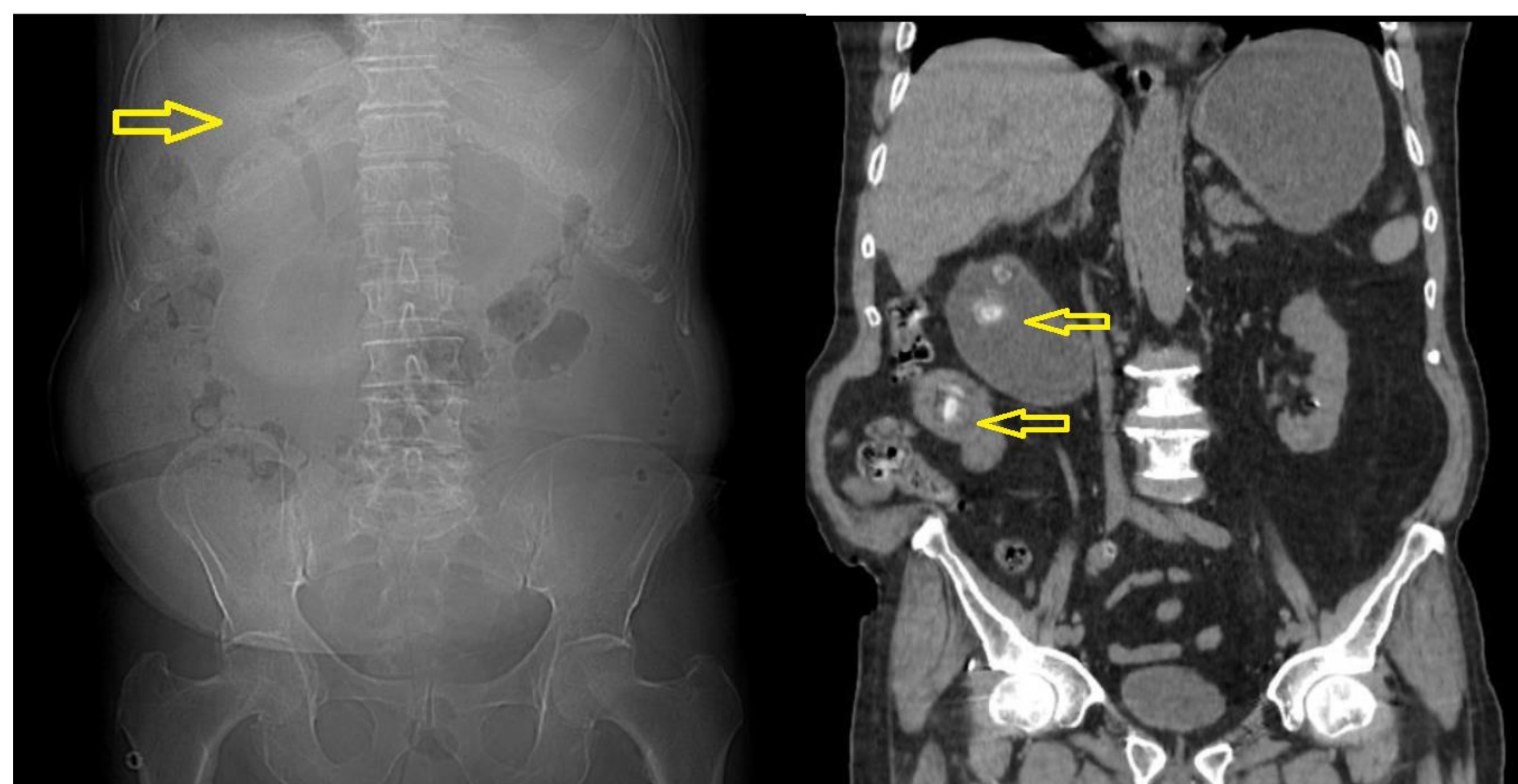
Paciente do sexo masculino, 74 anos, com história de dor abdominal em hipocôndrio direito, tipo cólica com piora pós-prandial há cerca de 20 dias, associado a alguns picos febris não aferidos, que evoluiu há 3 dias com piora da dor, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes e flatus.

Tinha diagnóstico prévio de colelitíase por achado ultrassonográfico. Ao exame físico paciente apresentava-se em regular estado geral, hipocorado+/4, desidratado++/4 com abdome globoso, ruídos diminuídos, timpânico e com dor a palpação difusa, sinais de Murphy e Blumberg ausentes.

Radiografia de abdome agudo sem alterações.

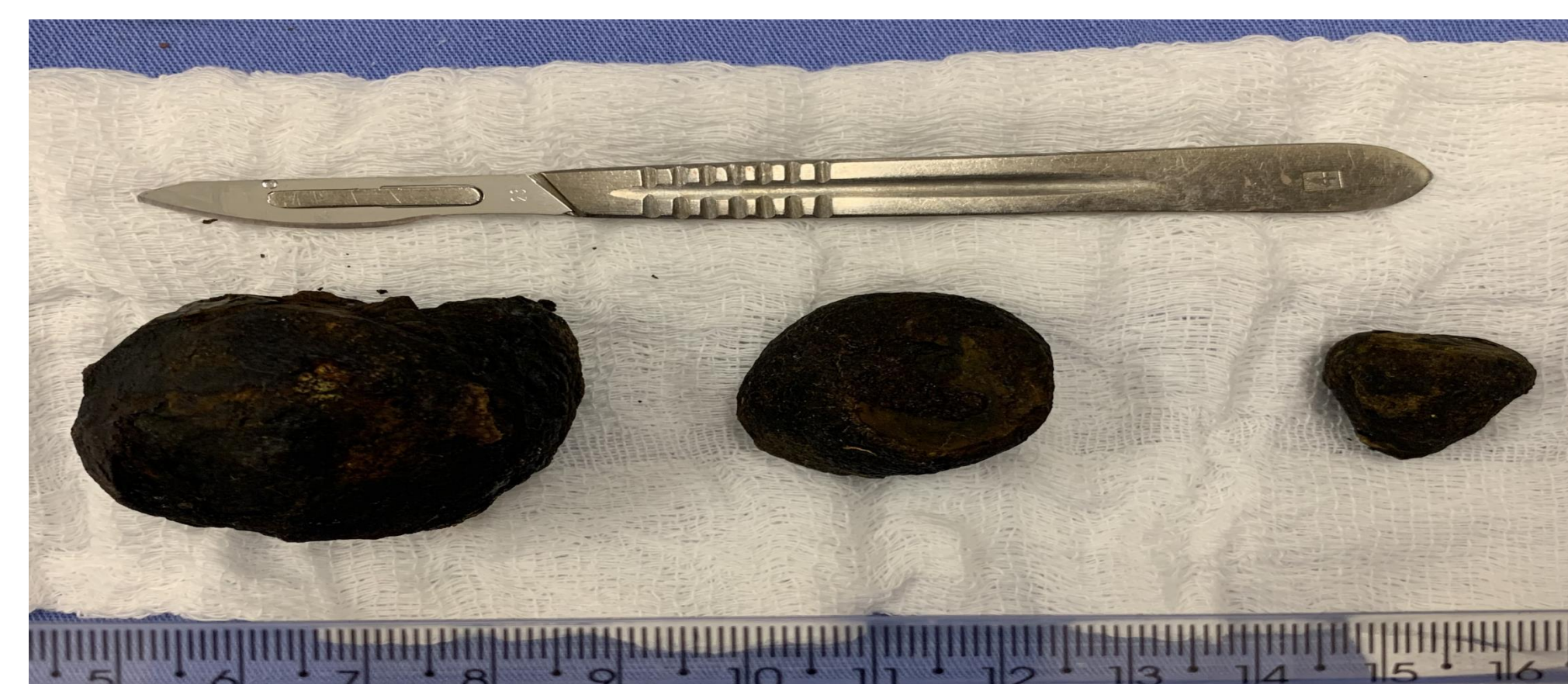
Optado por tratamento clínico, com dieta zero, sonda nasointestinal em drenagem, hidratação vigorosa e estímulos laxativos por 48 horas, na quais o mesmo conseguiu evacuar e teve melhora da distensão e da dor.

Porém ao tentar reintroduzir dieta paciente fez distensão abdominal importante e três episódios de vômitos e com leucocitose importante, e aumento agudo da creatinina, chegando a 7,5 mg/dl. Tomografia de abdome total (imagem 1 e 2) com sinais sugestivos de obstrução intestinal delgada por jejuno biliar associado a colecistopatia aguda calculosa enfisematosa/gangrenosa e aerobilia.



Realizado a laparotomia foi encontrada massa endurecida, palpável em local de antro gástrico, aderido a topografia de vesícula biliar, sem conseguir decernir a anatomia da mesma. Objeto intragástrico, endurecido, arredondado e móvel, provavelmente cálculo, e outros dois em região de íleo proximal.

Realizado dissecação de massa em topografia de vesícula biliar, completamente aderida a parede gástrica e duodenal, com exposição de mucosa gástrica e cálculo biliar enorme em seu interior de cerca de 5cm e ileotomia para retirada de terceiro cálculo, o qual era causa da obstrução intestinal, com cerca de 4cm (imagem 3). Com posterior, gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux. Paciente evoluiu desfavoravelmente em leito de UTI com fistula bileoduodenal, insuficiência renal e sepse, com óbito no 5º pós-operatório.



DISCUSSÃO

O íleo biliar representa em média 2% de todos os abdome agudos obstrutivos de causas mecânicas, tem relação com a idade avançada e maior incidência sexo feminino. Quando o cálculo impacta no estômago ou no duodeno, determina um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam a síndrome de Bouveret. A passagem do cálculo para a luz intestinal decorre de uma fístula entre a vesícula biliar e um segmento do trato digestório, com posterior impactação. A fístula se faz, em mais de 70% dos casos, com o duodeno. O local mais comum de impactação é o íleo terminal (válvula íleo-cecal), por ser a porção mais estreita do intestino delgado. Os pacientes se apresentam com quadro de obstrução intestinal alta, com vômitos precoces, desidratação, dor epigástrica e parada de eliminação de flatus e fezes. A história de cólica biliar é variável e aparece entre 0,5-1%.

O tratamento cirúrgico envolve a enterotomia e remoção do cálculo. Quando existe processo inflamatório intenso na topografia da vesícula biliar, é mais prudente não se abordar a região, devido ao risco de lesões iatrogênicas graves. Se houver processo inflamatório agudo importante, deve ser realizado colecistectomia e correção da fístula.

Concluimos que a doença calculosa vesicular pode provocar complicações graves, como no caso descrito, inclusive levando a morte, razão pela qual deve-se indicar colecistectomia eletiva, particularmente em doentes sintomáticos e com risco cirúrgico baixo.