

## SÍNDROME DE BOUVERET: RELATO DE CASO

José Jukemura, Marcel Autran C. Machado, Marcelo Zindel Salem, Antonio Carlos Nicodemo, André L. Montagnini e Marcel C.C. Machado.

JUKEMURA, J. e col. - Síndrome de Bouveret: relato de caso.

REV. HOSP. CLIN. FAC. MED. S. PAULO 49(5): 250-252, 1994

**RESUMO:** Os autores apresentam uma paciente de 87 anos de idade com leucemia linfóide crônica e quadro de obstrução digestiva alta, que mostrou tratar-se de uma fístula colecisto-duodenal com obstrução duodenal (síndrome de Bouveret). A paciente foi tratada cirurgicamente, sendo realizada extração do cálculo através de gastrotomia e gastroenteroanastomose, com boa evolução pós-operatória. Em virtude da raridade desta síndrome, os autores apresentam uma revisão da literatura com ênfase nos métodos diagnósticos e terapêuticos desta afecção.

**DESCRITORES:** Fístula colecisto-duodenal. Síndrome de Bouveret.

É conhecida como síndrome de Bouveret a obstrução piloro-duodenal produzida por um cálculo que penetrou no trato digestivo através de uma fístula biliodigestiva alta<sup>13</sup>.

Do ponto de vista etiopatogênico, a síndrome de Bouveret é uma das possibilidades evolutivas da fístula colecisto-duodenal. A fístula colecisto-duodenal é uma ocorrência rara, incidindo em cerca de 1% dos pacientes portadores de colelitíase<sup>6</sup>.

Tendo em vista a raridade desta síndrome e as discussões sobre as possibilidades terapêuticas, os autores apresentam uma paciente de 87 anos de idade com a síndrome de Bouveret tratada cirurgicamente com bom resultado.

### RELATO DE CASO

M.J.K.B., 87 anos, sexo feminino, cor branca, com quadro de dor epigástrica, náuseas e vômitos. Apresentava antecedente de uso de anti-inflamatórios não hormonais (diclofenaco de sódio e ácido acetil salicílico), hipertensão arterial leve, leucemia linfóide crônica controlada e miocardiopatia hipertrofica assimétrica. Como antecedente

cirúrgico, referia apendicectomia, herniorrafia umbilical e histerectomia abdominal. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, desidratada e com mucosas um pouco descoradas. À propedêutica cardiovascular, apresentava-se com bulhas cardíacas arritmicas e hipofonéticas e a ausculta pulmonar com estertores subcrepitantes em bases. O abdomen era discretamente distendido com diminuição de ruídos hidro-aéreos e levemente doloroso à palpação profunda de hipocôndrio direito e epigástrico. Os exames laboratoriais revelavam discreta anemia (hemoglobina de 12,1 g/dL) e elevação de transaminases (TGO de 55 U/L, TGP de 35 U/L), leucocitose com linfocitose e plaquetopenia importante (27.000/mm<sup>3</sup>).

A ultra-sonografia abdominal revelou fígado com textura ecográfica homogênea, estruturas vasculares preservadas, aerobilia, loja vesicular com imagem calculosa, alça espessada adjacente ao fundo vesicular (duodeno ?) e

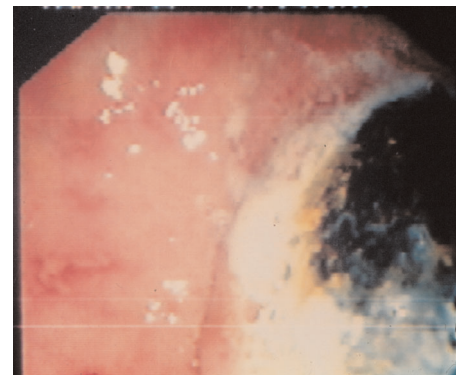
---

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo e Hospital Sírio Libanês.

---

estômago de paredes espessadas. Foi submetida a endoscopia digestiva alta que mostrou hérnia hiatal e presença de cálculo arredondado de grandes dimensões (5x2,8 cm), encravado em bulbo duodenal (Fig. 1), onde era observada grande comunicação com a via biliar.

Foi tentada retirada endoscópica do cálculo, sem sucesso, devido às dimensões do mesmo. Após reposição volêmica e transfusão de plaquetas, foi indicada intervenção cirúrgica com



Visão endoscópica do bulbo duodeno com presença de parte do cálculo na sua luz.

diagnóstico pré-operatório de fístula colecisto-duodenal e estenose duodenal. À laparotomia, foi observada presença de grande aderência em região vesicular, englobando o cólon, duodeno

e hilo hepático, tornando a colecistectomia procedimento de extremo risco. Palpava-se um cálculo com cerca de 9 cm entre a vesícula biliar e o duodeno. Foi realizada gastrotomia com retirada do cálculo (Fig. 2) e através de palpação digital, observou-se estenose duodenal, provavelmente devido ao processo in-



Cálculo retirado após gastrotomia.

flamatório local. Assim procedeu-se a gastroenteroanastomose isoperistáltica pré-cólica. A paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro de obstrução intestinal alta, recebendo alta no 18º dia de pós-operatório. A paciente está bem, assintomática, dois meses após o procedimento cirúrgico.

## DISCUSSÃO

É conhecida como síndrome de Bouveret a obstrução piloro-duodenal produzida por um cálculo que penetrou no trato digestivo através de uma fistula biliodigestiva alta<sup>13</sup>. Segundo Goicochea e col.<sup>7</sup>, desde que Bouveret descreveu esta síndrome em 1896, somente 65 casos foram publicados até 1984.

A freqüência do íleo biliar na causuística geral das oclusões intestinais oscila entre 1% e 3%<sup>7,14</sup>. Dentro do contexto da litíase biliar, a oclusão

intestinal por cálculos incide entre 0,3% a 0,5%<sup>12</sup>. O íleo terminal é o local mais freqüentemente afetado com cerca de 65% dos casos, seguido do jejuno (10% a 20%). O cólon, estômago e duodeno são locais raramente acometidos<sup>4</sup>. A idade média dos pacientes está acima de 65 anos, sendo mais freqüente

no sexo feminino<sup>1</sup>. A coexistência de outras condições mórbidas, freqüente nesta faixa etária e também presente no caso relatado, contribui para alta morbidade e mortalidade destes pacientes<sup>11</sup>.

A fisiopatologia provável é que a vesícula biliar contendo cálculos pode apresentar surtos agudos, repetidos e desta maneira, ocorre aderência de órgãos vizinhos, geralmente o duodeno, bloqueando o processo inflamatório local. Conseqüente a processos mecânicos, infecciosos e isquêmicos, o cálculo pode dar origem a fistula entre a vesícula e o duodeno, podendo haver passagem daquele para a luz intestinal. Nesta situação o cálculo pode percorrer quatro caminhos distintos<sup>7</sup>.

1. Progredir em sentido distal e ser eliminado através da evacuação.

2. Progredir em sentido distal e não conseguir ultrapassar a válvula íleo-cecal, dando origem a íleo biliar.

3. Progredir em sentido cranial,

passar ao estômago e ser eliminado através de um vômito.

4. Permanecer no duodeno, produzindo oclusão duodenal (síndrome de Bouveret), sendo necessário, para que isto ocorra, um cálculo maior que 3 cm. No presente relato, foi o que ocorreu e o cálculo tinha dimensões de cerca de 9 cm.

O diagnóstico pode ser suspeitado através de radiografia simples de abdome, com visualização do cálculo, se radiopaco. A presença de aerobilia na ausência de colecistectomia prévia ou manipulação periampular é sugestivo de fistula entero-biliar<sup>9</sup>. O estudo contrastado do trato digestivo alto pode ser útil, com visualização de falha de enchimento correspondente ao cálculo e contração do trajeto fistuloso colecisto-duodenal. O estudo ultra-sonográfico pode mostrar aerobilia, sugestiva de fistula bilio-digestiva, além de mostrar a presença de cálculos na vesícula biliar. No caso ora apresentado, a ultrasonografia visualizou aerobilia mas não conseguiu localizar topograficamente o cálculo, não sendo possível a determinação da fistula colecisto-duodenal. A endoscopia digestiva alta é um método auxiliar muito útil para confirmar a suspeita clínica de obstrução duodenal, podendo visualizar, além do cálculo, a comunicação bilio-digestiva, como ocorreu no presente caso.

O diagnóstico diferencial da síndrome de Bouveret consiste em: tumores benignos ou malignos do duodeno, divertículos endoluminais, fito ou trico-bezoar, prolapso mucoso gástrico, hematoma duodenal e tecido pancreático aberrante<sup>3,8,13</sup>. A nossa paciente realizou um exame endoscópico antes do diagnóstico definitivo, onde o cálculo foi confundido com pigmento escuro sugestivo de sangramento. Com a piora do quadro, a endoscopia foi repetida e o diagnóstico foi estabelecido.

O tratamento consiste em melhora das condições clínicas do paciente, que geralmente é idoso e pode apresentar

condições mórbidas associadas, além de distúrbios hidro-eletrolíticos e do equilíbrio ácido-base importantes devido ao quadro obstrutivo alto. O tratamento é completado com a extração endoscópica do cálculo ou tratamento cirúrgico. No entanto, a retirada endoscópica do cálculo nem é sempre factível, como ocorreu no nosso caso, havendo necessidade de intervenção cirúrgica.

Para grande parte dos autores, o tratamento cirúrgico consiste de colecistectomia, retirada do cálculo e sutura da fistula duodenal. Couinaud e col.<sup>3</sup>

## SUMMARY

JUKEMURA, J. et al. Bouveret's syndrome: case report and literature review. **REV. HOSP. CLIN. FAC. MED. S. PAULO** 49(3): 250-252, 1994

A patient with duodenal obstruction resulting from erosion of a gallstone through the

propõem a extração cirúrgica simples do cálculo, em pacientes com estado geral deteriorado, seguida de colecistectomia e sutura da fistula em caráter eletivo. Escrig e col.<sup>5</sup> aconselham o tratamento da obstrução duodenal, não atuando sobre a vesícula biliar nem sobre a via biliar principal, em pacientes graves, retirando o cálculo através de gastrotomia. Somente em trabalho de 1939 (Baumel e Serre<sup>2</sup>), encontramos a gastroenteroanastomose como opção terapêutica para a síndrome de Bouveret. Na nossa paciente, este procedimento era necessário visto que

wall of the gallbladder and into the duodenum is described. The patient was diagnosed endoscopically and successfully treated by a surgical procedure to remove the gallstone and gastroenterostomy to relieve the duodenal obstruction without complication. A review of literature of this condition and a discussion about

após a retirada do cálculo, persistia a obstrução duodenal em virtude da intensa reação inflamatória local.

Como a maioria dos portadores desta afecção consiste em pacientes idosos, a mortalidade gira entre 7% e 25%<sup>10,14</sup>. Por este motivo acreditamos que a conduta em pacientes com estado geral deteriorado e que não apresentam condições locais para a ressecção segura da vesícula biliar nem para sutura da fistula deva ser conservadora, sendo a gastroenteroanastomose e remoção do cálculo uma atitude efetiva e de menor risco.

the diagnosis, treatment and etiopathogenesis are presented.

DESCRIPTORS: **Cholecystoduodenal fistula. Bouveret's syndrome.**

## REFERÊNCIAS

### BIBLIOGRÁFICAS

1. ARGYROPOULOS, G.D.; VELMACHOS, G. & AXENIDIS, B. - Gallstone perforation and obstruction of the duodenal bulb. *Arch. Surg.* 114:333-335, 1979.
2. BAUMEL, J. & SERRE, H. - La sténose pylorique d'origine vesiculaire. *Arch. Fr. Mal. App. Dig.* 29:241-267, 1939.
3. COUINAUD, C. & JOUAN, F. - Iléus biliaire. Une forme très spéciale: les pierres du duodenum. *Arch. Fr. Mal. App. Dig.* 57:473-486, 1968.
4. DAY, E. & MARKS, C.H. - Gallstone ileus. Review of the literature and presentation of thirty-four new cases. *Am. J. Surg.* 129:255-298, 1975.
5. ESCRIG, G.C.; NAVARRO, J.J.M.; MARCO, J.L.P. et al - Síndrome de Bouveret. Presentación de dos casos. *Cir. Esp.* 33:71-76, 1979.
6. FAINTUCH, J.; MARTINI, A.C.T.; MACHADO, M.C.C. & RAIÁ, A. - Repercussões clínico-cirúrgicas da fistula colecisto-cólica. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 34(6):289-293, 1979.
7. GOICOCHEA, R.G.; RODRIGO, M.A.B.; SETIEN, A.I.; DIAGO, V.A. & DIEZ, M.M. - Síndrome de Bouveret. Aportación de un nuevo caso. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.* 65:259-263, 1984.
8. GUERRERO, J.A.; ARMENGOL, J.R.; BUERA, M.; SEGURA, J.; MENDOZA, C.G. & CAMPRODON, R. - Falso síndrome de Bouveret. Bezoar duodenal. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.* 49:425-430, 1977.
9. KASAHARA, Y.; UMEMURA, H.; SHIRAHARA, S. KUYAMA, T.; SAKATA, K. & KUBOTA, H. - Gallstone ileus. *Am. J. Surg.* 140:437-440, 1980.
10. LEVOWITZ, B.S. - Spontaneous internal biliary fistula. *Ann. Surg.* 154:241-244, 1961.
11. OAKLAND, D.J. & DENN, P.G. - Endoscopic diagnosis of gallstone ileus of the duodenum. *Dig. Dis. Sci.* 31:98-99, 1986.
12. RAIFORD, T.S. - Intestinal obstruction due to gallstone. *Ann. Surg.* 153:830-837, 1961.
13. ROUANET, J.P.; FERNET, M.; CHARTIER, P. & GOLDLUST, D. - Une cause rare d'obstruction duodénale: Le syndrome de Bouveret. A propos de deux cas. *J. Radiol. Electrol.* 57:213-217, 1976.
14. THOMAS, H.S.; CHERRY, J.K. & AVERBOOK, B.D. - Gallstone ileus. *J. Am. med. Ass.* 179:625-628, 1962.