

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA SÍNDROME DE BOUVERET

ENDOSCOPIC TREATMENT FOR BOUVERET'S SYNDROME

Matheus Schimidt Evangelista¹; Aline Vaz Borges²; Hector Sbaraini Fontes³; Raphael Machado de Sá Ferreira³; Gustavo Rodrigues Alves Castro³; Iwan Augusto Collaço, TCBC-PR³.

RESUMO

Introdução: A obstrução biliar do duodeno, também conhecida como síndrome de Bouveret, é uma condição rara que afeta pacientes com colecistolitíase. **Relato do caso:** Os autores descrevem um caso de síndrome de Bouveret tratado efetivamente por via endoscópica. **Conclusão:** Embora não haja um consenso do melhor método para o manejo desses pacientes, a endoscopia é uma alternativa de tratamento eficaz e minimamente invasiva.

Palavras-chave: Cálculos Biliares. Obstrução Intestinal. Endoscopia.

ABSTRACT

Introduction: Biliary obstruction of the duodenum, also known as Bouveret's syndrome, is a rare condition that affects patients with cholecystolithiasis. **Case report:** The authors describe a case of Bouveret's syndrome treated effectively by endoscopy. **Conclusion:** Although there is no consensus on the best method for managing these patients, endoscopy is an effective and minimally invasive treatment alternative.

Keywords: Gallstones. Intestinal Obstruction. Endoscopy.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Bouveret (SB) constitui-se de um tipo incomum de íleo biliar¹. Apresenta-se como uma obstrução gastroduodenal secundária à passagem de cálculos da vesícula biliar para o duodeno, através de uma fistula¹. O quadro clínico da SB é semelhante ao de uma obstrução intestinal alta com distensão gástrica aguda que melhora após cada êmese, podendo ocorrer hematêmese e/ou melena¹.

Apresenta-se mais frequentemente em mulheres na sétima década de vida⁵, e, como sua maior incidência concentra-se em idosos, possui taxas de morbimortalidade próximas a 30%⁷. Devido a raridade de tal doença não existem recomendações padronizadas para diagnóstico e tratamento, mostrando-se como opções terapêuticas as cirurgias abertas e laparoscópicas, o tratamento endoscópico e a litotripsia extracorpórea^{2,4}. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) pode ser utilizada como modalidade diagnóstica terapêutica².

Seus achados incluem a distensão gástrica com resíduos alimentares e massa endurecida no ponto de obstrução. O

cálculo pode ser desimpactado e retirado, melhorando o quadro agudo, no entanto a cirurgia pode ser necessária e apresenta alta mortalidade (19 a 60%)^{6,7}.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 73 anos, com história de dor abdominal, múltiplos episódios de vômitos biliosos e parada na eliminação de fezes há oito dias. Como comorbidades, possui hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca, sendo submetido a revascularização miocárdica 10 meses antes da admissão hospitalar. No exame físico inicial apresentava-se em regular estado geral, desidratado, com abdome pouco distendido, levemente doloroso à palpação difusa e sem sinais de irritação peritoneal.

Foram adotadas as medidas iniciais para tratamento suportivo de abdome agudo obstrutivo (jejum, hidratação endovenosa e passagem de sonda nasogástrica) o paciente foi submetido a tomografia computadorizada de abdome. A tomografia demonstrou um cálculo de cerca de 3 cm de diâmetro alojado na segunda porção do duodeno (Figura 1), causando

¹Hospital do Trabalhador, Residente de Cirurgia Geral - Curitiba - PR - Brasil

²Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Faculdade de Medicina - Curitiba - PR - Brasil

³Hospital do Trabalhador, Serviço de Cirurgia Geral - Curitiba - PR - Brasil

obstrução da luz do órgão. Também foi evidenciado espessamento da parede da vesícula biliar e aerobilia (Figura 2).

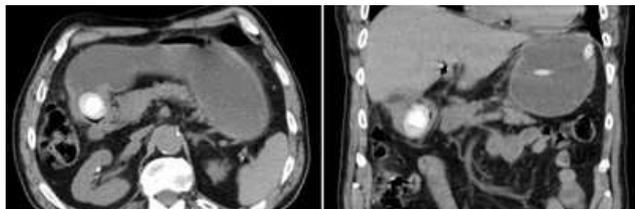


Figura 1. Cálculo biliar alojado na segunda porção do duodeno.



Figura 2. Vesícula biliar com paredes espessadas, associada a pneumobilia.



Figura 3. Cálculo biliar impactado em duodeno visto através da endoscopia digestiva alta.

Feito o diagnóstico de obstrução biliar do duodeno (Síndrome de Bouveret), foi então optado por tratamento endoscópico. Na EDA foi evidenciado um cálculo causando obstrução da luz duodenal (Figura 3), e as medidas terapêuticas adotadas foram a

desimpactação e fragmentação com a retirada completa do cálculo por via endoscópica (Figura 4). Durante o internamento o paciente apresentou apenas hipocalcemia, recebendo alta hospitalar com boa aceitação alimentar, bom estado geral e plano de seguimento ambulatoria.



Figura 4. Cálculo biliar no estômago sendo fragmentado e retirado.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Bouveret foi descrita pela primeira vez em 1896, quando Leon Bouveret relatou os primeiros casos de obstrução gástrica por cálculos biliares⁸. O íleo biliar é etiologia incomum de abdome agudo obstrutivo, compreendendo apenas 1 a 4% dos casos⁹, e a Síndrome de Bouveret é uma forma rara de íleo biliar, com incidência de 1% a 3% entre esse grupo de pacientes³. Os cálculos biliares mais comumente obstruem o intestino delgado distal, no qual o lúmen é mais estreito e raramente obstruem o duodeno. A síndrome de Bouveret é clinicamente distinta do íleo biliar por se apresentar com um quadro de obstrução intestinal alta.

O quadro clínico típico consiste em um abdome agudo com obstrução intestinal alta, no qual os vômitos promovem a melhora da dor e há pouca distensão abdominal. A síndrome é mais comum em pacientes idosas, com múltiplas comorbidades e história de colecistolitíase². A radiografia simples do abdome pode mostrar a tríade de Rigler: alças dilatadas com nível líquido de ar, litíase biliar ectópica e gás no trato biliar. A ultrassonografia abdominal (US) pode ser útil, no entanto é um exame operadordependente e algumas estruturas podem prejudicar a qualidade da imagem. A TC permite a identificação de pneumobilia, dilatação das alças intestinais e o contraste oral melhora a visualização; além de poder ajudar na identificação de fistulas aumentando a sensibilidade do

exame. A EDA permite a visualização da pedra impactada que aparece como uma massa pétrea junto ao estômago dilatado, sendo também possível a observação do óstio duodenal da fistula biliodigestiva. O diagnóstico pode ser feito com radiografia abdominal e US, mas a TC e a EDA são as modalidades mais sensíveis, apresentando esta última a vantagem adicional de opções terapêuticas. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (RM) fica reservada à uma pequena minoria de casos com pedras isoatenuantes e em pacientes incapazes de tolerar o contraste oral ou que possuem contra-indicações há realização de TC^{12,13}.

Na presença dos achados radiográficos sugestivos em associação à uma idade superior a 60 anos, sempre devemos ter como hipótese diagnóstica a Síndrome de Bouveret. Devido a sua raridade, não há recomendações padronizadas para o tratamento desses pacientes. Diversas opções de terapêuticas já foram descritas, incluindo procedimentos cirúrgicos abertos, laparoscópicos e tratamentos endoscópicos¹⁰. A cirurgia é uma boa opção para aqueles em que a resolução da urgência abdominal deve ser prioridade, ou seja, na presença de complicações infecciosas, ou sinais de obstrução biliar, principalmente em doentes graves, a enterotomia com retirada do cálculo e enterorrafia é o tratamento adequado e resolutivo^{14,15}. A colecistectomia e reparação da fistula ficam reservadas àqueles doentes que permanecem sintomáticos após a resolução do quadro inicial (cirurgia em dois tempos)³.

O primeiro caso de sucesso do tratamento endoscópico da síndrome de Bouveret foi relatado por Bedogni em 1985¹¹. A estratégia terapêutica deve ser baseada nos fatores relacionados ao paciente e aos achados encontrados nos exames diagnósticos. O primeiro inclui a idade do paciente, comorbidades e o quadro geral. O último inclui o estado inflamatório local e se cálculos biliares adicionais estão ou não presentes. Uma vez que a maioria dos pacientes que apresentam Síndrome de Bouveret são idosos com múltiplas comorbidades, a endoscopia se mostra como opção terapêutica relevante na intenção de minimizar a alta taxa de morbimortalidade dos procedimentos cirúrgicos².

CONCLUSÃO

A síndrome de Bouveret é uma condição rara que afeta pacientes com colecistolitíase e requer um alto grau de suspeição para o diagnóstico. Embora não haja um consenso do melhor método para o manejo desses pacientes, a endoscopia é uma alternativa de tratamento eficaz e minimamente invasiva.

REFERÊNCIAS

1. Singh G, Merali N, Shirol S, et al. A case report and review of the literature of Bouveret syndrome. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020;102(1):e15-e19. doi: 10.1308/rcsann.2019.0161.
2. Caldwell KM, Lee SJ, Leggett PL, et al. Bouveret syndrome: current management strategies. *Clin Exp Gastroenterol.* 2018;11:69-75. doi: 10.2147/CEG.S132069.
3. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(9):2139-46. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00645.x.
4. Ferri JVV, Zaki CH, Vecchia Junior CPD, et al. Síndrome de Bouveret: abordagem cirúrgica não definitiva. *Relatos Casos Cir.* 2017;(4):1-3.
5. Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease: Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret Syndrome, Gallstone Ileus. *Surg Clin North Am.* 2019 Apr;99(2):231-44. doi: 10.1016/j.suc.2018.12.006.
6. Makker J, Muthusamy VR, Watson R, Sedarat A. Electrohydraulic lithotripsy and removal of a gallstone obstructing the duodenum: Bouveret syndrome. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(4), 1021-2. doi: 10.1016/j.gie.2014.10.045.
7. Sethi S, Kochar R, Kothari S, et al. Good vibrations: successful endoscopic electrohydraulic lithotripsy for Bouveret's syndrome. *Dig Dis Sci.* 2015;60:2264-66. doi: 10.1007/s10620-014-3424-8.
8. Bouveret L. Stenose du pylore adherent a la vesicule. *Rev Med (Paris).* 1896;16:1-16.
9. Navarro-Del Río E, Hernández-Zúñiga JF. Bouveret's syndrome: a rarest complication of cholelithiasis. A case report and literature review. *Cir Cir.* 2020;88(1):95-99.

- doi: 10.24875/CIRU.19000681.
10. Avci A, Gögenur I, Bulut M. Bouveret's syndrome treated with endoscopic electrohydraulic lithotripsy. *BMJ Case Rep.* 2019;12(2): e228316. doi: 10.1136/bcr-2018-228316.
 11. Bedogni G, Contini S, Meinero M, Pedrazzoli C, Piccinini GC. Pyloroduodenal obstruction due to a biliary stone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic extraction. *Gastrointest Endosc.* 1985;31(1): 36-8. doi: 10.1016/s0016-5107(85)71965-7.
 12. Brooks BG, Rosenberg RD, Arora S. "Bouveret syndrome." *Radiographics* 24.4 (2004): 1171-5. doi: 10.1148/rg.244035222.
 13. Rodrigues ILM. Síndrome de Bouveret e seu diagnóstico por imagem. *Radiol Bras.* 2018;51(4): 276-277. doi: 10.1590/0100-3984.2016.0220.
 14. Di Re AM, Punch G, Richardson AJ, Pleass H. Rare case of Bouveret syndrome. *ANZ J Surg.* 2019;89(5):E198-E199. doi: 10.1111/ans.14215.
 15. Caldwell KM, Lee SJ, Leggett PL, et al. Bouveret syndrome: current management strategies. *Clin Exp Gastroenterol.* 2018;11:69-75. doi: 10.2147/CEG.S132069.

Fonte de financiamento: Não

Conflito de interesses: Não

Data de Submissão: 20 Janeiro 2021

Decisão final: 28 Maio 2021

Autor de Correspondência:

Matheus Schimidt Evangelista

E-mail: matheusschimidt@gmail.com