

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

MARKUS VENÂNCIO RODRIGUES OLIVEIRA

SÍNDROME DE BOUVERET: UMA REVISÃO DE LITERATURA

SÃO LUIS
2016

MARKUS VENÂNCIO RODRIGUES OLIVEIRA

SINDROME DE BOUVERET: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao Curso de
Medicina da Universidade Federal do
Maranhão como requisito à obtenção
do Grau de Médico

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

SÃO LUIS
2016

Oliveira, Markus Venâncio Rodrigues
Síndrome de Bouveret: uma revisão de literatura/
Markus Venâncio Rodrigues Oliveira. - São Luís,
2016.
28 p.

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos
Monografia (Graduação) Curso de Medicina,
Universidade Federal do Maranhão, 2016.

1. Síndrome Bouveret. I. Santos, Orlando
José (Orient) II. Título.

CDU 616.34

MARKUS VENÂNCIO RODRIGUES OLIVEIRA

SÍNDROME DE BOUVERET: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao Curso de
Medicina da Universidade Federal do
Maranhão como requisito à obtenção
do Grau de Médico

Orientador: Prof. Dr. Orlando José dos Santos

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Orlando José dos Santos - Orientador
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Manoel Lages Castello Branco Neto
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Josiel Paiva Vieira
Universidade Federal do Maranhão

Dr. Vinícius Giuliano Gonçalves Mendes
Médico Residente

SÃO LUIS
2016

DEDICATÓRIA

Ao nosso Senhor Jesus Cristo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer. Obrigado, Senhor!

À minha família, em especial a minha vó Livramento, meu pai Gregorio, minha mãe Nilda e meu irmão Gregorio Junior, que não mediram esforços para que eu chegasse a essa etapa da minha vida.

À minha noiva, Jafia, pelo carinho, atenção e paciência a mim dedicados nos momentos mais críticos da minha formação.

Ao Prof. Dr. Orlando José dos Santos, orientador dedicado e profissional exemplar, que se tornou inspiração a mim e outros colegas de profissão.

Meus agradecimentos aos amigos Gabriel Felipe, Adriano Cotrim, Danilo Reis, Ricardo Reis, Dioneílson Lopes e Raphael Freitas, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que, mesmo não citados aqui, acreditam e torcem por mim.

RESUMO

O presente Trabalho foi elaborado a partir de uma revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Bouveret. A importância deste trabalho se refletiu na busca de informação mais aprofundada sobre a Síndrome de Bouveret já que o seu diagnóstico precoce é de extrema importância, uma vez que, quando realizado tardiamente, há aumento da mortalidade. O conhecimento antecipado dessa patologia é de grande importância, especialmente em atendimentos de urgência e emergência, pois o tratamento é de modo eminente cirúrgico e a incidência de diagnóstico pré-operatório é relativamente baixa. Neste estudo, pretendeu-se incluir a análise de vários artigos no diagnóstico diferencial de uma obstrução ao esvaziamento gástrico, evidenciando as possíveis complicações pós-operatórias dos pacientes submetidos às modalidades de tratamento da síndrome de Bouveret, sobretudo na população geriátrica. A metodologia adotada para o trabalho constituiu-se de uma revisão da literatura especializada, elaborado na Universidade Federal do Maranhão, entre janeiro a maio de 2016, no qual se realizou uma consulta a artigos científicos selecionados através de busca nos seguintes bancos de dados virtuais: Science, Scielo, Capes, PubMed, Lilacs e Bireme. Neste estudo também se incluiu a concepção e a análise de diversos artigos demonstrando os aspectos históricos, sua epidemiologia, sua fisiopatologia, sua apresentação clínica, seu diagnóstico e tratamento. De forma geral, esperou-se, além de obter o conhecimento da síndrome de Bouveret, contribuir, deixando sem maiores pretensões, um subsídio para outros pesquisadores, como mais uma fonte bibliográfica a ser adicionada no repertório de quem buscar o mesmo conhecimento.

Palavras-chave: Bouveret Síndrome; Fístula Colecistoduodenal; e Tratamento.

ABSTRACT

This work was elaborated from a literature review on the Bouveret syndrome. The significance of this was reflected in the search for further information about Bouveret syndrome since early diagnosis is extremely important, since when performed later, there is increased mortality. Knowledge Early this pathology is of great importance, especially in urgent and emergency care, as the treatment is surgical eminent way and the incidence of preoperative diagnosis is relatively low. In this study, we sought to include the analysis of several articles in the differential diagnosis of an obstruction to gastric emptying, indicating the possible postoperative complications of patients undergoing the treatment modalities of Bouveret syndrome, especially in the geriatric population. The methodology adopted for the work consisted of a review of the literature, prepared at the Federal University of Maranhão, between January and May 2016 in which it held a consultation with selected scientific articles through search the following online databases: Science, SciELO, Capes, PubMed, Lilacs and Bireme. This study also included the design and analysis of several articles demonstrating the historical aspects, epidemiology, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis and treatment. Overall, it was expected to, and get the knowledge of Bouveret syndrome, contribute, leaving no major claims, a subsidy for other researchers, as another bibliographic source to be added to the repertoire of those who seek the same knowledge

Keywords: Bouveret, Cholecystoduodenal fistula and Treatment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2.OBJETIVO.....	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. REVISÃO	14
4.1. ASPECTOS HISTORICOS.....	14
4.2. EPIDEMIOLOGIA.....	15
4.3. FISIOPATOLOGIA.....	16
4.4. APRESENTAÇÃO CLÍNICA.....	17
4.5. DIAGNÓSTICO.....	18
4.6. TRATAMENTO.....	20
5. CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS	23

LISTA DE SIGLAS

SB: Síndrome de Bouveret

TGI: Trato Gastrointestinal

EGD: Esofagogastroduodenoscopia

TC: Tomografia Computadorizada

CPRM: Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é sobre a Síndrome de Bouveret(SB) que de acordo com o consenso de muitos autores, conforme as revisões bibliográficas levantadas e analisadas, é uma forma rara de íleo biliar, ou seja, uma causa incomum de obstrução intestinal, afetando mais frequentemente doentes idosos com comorbilidades associadas em que a obstrução se localiza no duodeno, comprometendo a passagem regular do seu conteúdo através de um cálculo que penetrou no trato intestinal devido à formação de uma fístula bilioentérica.¹

O íleo biliar consiste em uma complicação da doença litíásica biliar, ocasionando assim uma síndrome obstrutiva do trato gastrointestinal (TGI).² “A fístula bilioentérica é uma ocorrência rara, incide em menos de 1% dos doentes com litíase vesicular, sendo que, em mais de 60% dos casos, a sua localização é a nível duodenal.”³

A doença calculosa da vesícula biliar é uma das afecções de tratamento cirúrgico mais frequente. Sua incidência está relacionada à progressão da idade. Assim, a prevalência global de 9,0% chega a 21,0% na população de 60 a 69 anos e mais de 30% nos indivíduos acima de 70 anos. A maioria é assintomática, originando íleo biliar em apenas 6 a 14% dos doentes e predominantemente no íleo terminal. Os cálculos são em sua quase totalidade oriunda da vesícula biliar, embora possam também ser formados nos canais intra e extra-hepáticos.⁴⁻⁷. As complicações mais frequentes relacionadas a esta condição são a colecistite, colangite, coledocolitíase e pancreatite aguda. Outras complicações não tão comuns são as fístulas de vesícula biliar, a síndrome de Mirizzi e o Íleo biliar.⁸

O íleo biliar é precedido por um episódio inicial de colecistite aguda. A seguir, surge inflamação nos tecidos que circundam a vesícula biliar e formam-se aderências entre esta e o intestino. O cálculo responsável produz erosão gradual através das paredes reunidas, formando uma fístula colecistoentérica, com migração do mesmo. A fístula se faz, em mais de 70% dos casos, com o duodeno, mas outros locais como estômago, jejuno e íleo são acometidos. Em aproximadamente 3-10% dos casos, a obstrução acontece no duodeno, originando assim a síndrome de Bouveret, que constitui neste trabalho o foco de nossa revisão bibliográfica.⁹⁻¹⁰

A obstrução duodenal determinada por cálculo gigante foi descrita pela primeira vez em 1896 por Leon Bouveret. Os sintomas são atípicos, o que dificulta o

diagnóstico; além do que os da colecistite aguda somente aparecem em 50% das vezes.¹¹

A síndrome de Bouveret é pouco relacionada na lista de hipóteses clínicas em uma síndrome obstrutiva, isso, aliado a população mais acometida serem idosos e, portanto, indivíduos com mais comorbidades, em decorrência da existência dos poucos achados do exame físico, história clínica pouco específica e baixa prevalência.⁵

A grande insuficiência de literatura voltada para este caso raro de íleo biliar caracteriza um forte elemento motivador para acentuar a curiosidade na pesquisa e descrever com maior afinco o tema em estudo.

A importância deste trabalho se reflete na busca de conhecimento mais aprofundado sobre a Síndrome de Bouveret já que o seu diagnóstico precoce é de extrema relevância, uma vez que, quando realizado tardiamente, há aumento da mortalidade. O conhecimento prévio dessa doença é de grande importância, principalmente em atendimentos de urgência e emergência, pois o tratamento é eminentemente cirúrgico e a incidência de diagnóstico pré-operatório é relativamente baixa. Neste estudo pretende-se incluir a compreensão e análise de vários artigos evidenciando os aspectos históricos, sua epidemiologia, sua fisiopatologia, sua apresentação clínica, seu diagnóstico e tratamento. De modo geral, espera-se também, além de alcançar o conhecimento da síndrome de Bouveret, colaborar deixando, sem maiores pretensões, uma contribuição para outros pesquisadores, como mais fonte bibliográfica a ser acrescentada no repertório de quem buscar o mesmo conhecimento.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever a Síndrome de Bouveret em busca de conhecimentos mais aprofundados sobre a doença.

2.2 Específicos

- Conhecer os aspectos históricos e epidemiológicos da Síndrome de Bouveret;
- Descrever os aspectos fisiopatológicos da Síndrome de Bouveret para melhor compreender as manifestações clínicas da doença;
- Identificar os sinais e sintomas indicativos da Síndrome de Bouveret;
- Definir os principais métodos diagnósticos para doença;
- Apresentar as forma de tratamento da doença.

3. METODOLOGIA

Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada, elaborado na Universidade Federal do Maranhão, entre janeiro a abril de 2016, no qual se realizou uma consulta a artigos científicos selecionados através de busca nos seguintes bancos de dados virtuais: Science, Scielo, Capes, PubMed, Lilacs e Bireme. Para isso, foram utilizadas as palavras-chave Bouveret Síndrome, Fístula Colecistoduodenal e Tratamento. Logo em seguida, buscou-se estudar e compreender as principais indicações de uso e forma de aplicação empregadas nos estudos encontrados. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram aqueles que relatavam sobre a síndrome de Bouveret, bem como as modalidades de tratamento da mesma e os seus resultados em diversas situações, e estudos comparativos entre as mesmas. O presente estudo não necessitou de aprovação pelo comitê de ética, bem como não apresenta conflitos de interesse.

Mediante a busca eletrônica, foram localizados 108 artigos publicados sobre a Síndrome de Bouveret, dentre os quais foram excluídos 29 estudos por repetições e 42 por não atenderem aos critérios de inclusão conforme os objetivos definido no trabalho, sendo então selecionados 37 artigos.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Aspectos históricos

O primeiro caso registrado de uma obstrução intestinal por uma litíase vesicular foi descrito por Bartholin em 1654 em um paciente submetido a uma autópsia. No entanto, quem primeiro descreveu uma variação na apresentação clínica do íleo biliar, com grande cálculo impactado no duodeno, resultando em obstrução gástrica foi Beaussier, em 1770. Posteriormente a mesma condição foi descrita em dois pacientes em autópsia por Bonnet em 1841, e, somente em 1896 que Leon August Bouveret publicou dois casos após realizar o primeiro diagnóstico pré-operatório da condição, que, desde então, leva o seu nome.¹²⁻¹⁴

Dessa forma, entende-se historicamente que a Síndrome de Bouveret é uma rara complicação de colelitíase que foi primeiramente descrita e nomeada por Bouveret em 1896. “[...] é uma obstrução da saída gástrica causada pela impactação de um cálculo no interior do duodeno proximal”.¹⁵

4.2 Epidemiologia

A síndrome de Bouveret é extremamente rara, é cerca de 3-16 vezes mais comum em mulheres que homens, e afeta mais comumente mulheres idosas com uma média de idade de 68,6 anos.¹⁶⁻²⁰ Mais de 60% dos casos relatados tem uma associação clínica previa, enquanto que a maioria dos pacientes tem história de litíase biliar.¹⁸

A fístula biliodigestiva é uma complicação muito rara de colelitíase e ocorrem em menos de 1% dos pacientes. Em 60%(53-68%) dos casos a fístula é colecisto-duodenal. Variações menos comuns são colecisto-colica em 17%, colecisto-gástrica em 5% e coledocoduodenal em 5% dos casos.^{17,21,22}

O íleo biliar é responsável por 1-4% de todos os casos de obstrução no intestino delgado. O local mais comum de obstrução por cálculos é o íleo terminal.^{13,17,21-23} Somente 1-3 % dos casos de obstrução ocorrem no duodeno, e uma obstrução causada por cálculos encarcerados em piloro e bulbo duodenal é a forma mais rara encontrada na prática clínica.^{12,24} As taxas de morbidade e mortalidade tem diminuído nos últimos anos mas ainda se mantém altas, estimadas em 60% e 12-30% respectivamente, devido à idade avançada e aos fatores de comorbidades dos pacientes.¹⁹⁻²²Essas taxas dependem estritamente da modalidade terapêutica.²¹

Como já mencionado, há predominância do gênero feminino, visto que as doenças do trato biliar sejam mais frequentes em mulheres e a maior parte dos casos relatados tem uma associação clínica previa, onde a maioria dos pacientes tem história de litíase biliar.^{18,15,25} Pelo fato da doença geralmente apresentar-se em idosos e com múltiplas comorbidades, a mesma está associada a uma alta taxa de mortalidade. Assim, a maioria desses pacientes apresentam complicações, devido hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica ou outras doenças sistêmicas.²⁶

4.3 Fisiopatologia

A Síndrome de Bouveret descreve uma obstrução intestinal alta causada por cálculos biliares grandes que atingem o bulbo duodenal e se alojam através de uma fístula biliodigestiva. A obstrução mecânica do trato gastrintestinal causada por cálculos biliares que entram através de uma fístula colecistoentérica adquirida (íleo biliar) complica em 0,3% - 0,5% os casos de colelitíase. Isto geralmente se segue de um ataque de colecistite aguda que leva à formação de aderências entre a vesícula biliar e o trato digestivo, que, por sua vez, pela pressão de grandes cálculos sobre a parede da vesícula proporciona necrose, resultando na formação de uma fístula colecistoentérica, que permite a passagem direta de cálculos para a luz intestinal.^{14,27,28}

A grande maioria destes cálculos passa espontaneamente sem produzir obstrução. No entanto, cálculos maiores que 2-2,5 cm de diâmetro geralmente ficam impactados no trato digestivo^{14,27-29} e cálculos maiores de 5cm possuem maior probabilidade de impactar.³⁰ Adicionalmente, estenoses e outras anormalidades intestinais também aumentam a chance de o cálculo impactar.³¹ Subsequentemente, a maior parte das fístulas envolve o duodeno, mas fístulas com o estômago e o cólon também foram descritas.^{22,30}

Dessa forma, a Síndrome de Bouveret compreende uma série de condições causadas pela obstrução da saída gástrica devido à migração de cálculos biliares para o piloro e duodeno via fístula colecistoentérica. Sendo, portanto, um importante diagnóstico diferencial em pacientes com síndromes obstrutivas intestinais e história progressiva de quadros crônicos de litíase biliar associados a colecistites.

4.4 Apresentações Clínica

A apresentação clínica da Síndrome de Bouveret pode ser comum e inespecífica. Geralmente, os sintomas iniciam de 5 a 7 dias antes da consulta médica. Tem sido relatado que 43-68% dos pacientes tem história de recente cólica biliar, icterícia ou colecistite aguda, mas a síndrome de Bouveret como primeira manifestação também é possível.¹⁷ Náuseas, vômitos e dor abdominal em região epigástrica e em hipocôndrio direito são frequentes¹⁸⁻²⁰, mas a intensidade dos sintomas, geralmente, não está associada com as alterações anatômicas subjacentes.¹⁷ Febre, sinais de desidratação e perda de peso pode também estar presentes.¹⁸ Sepsé é uma manifestação incomum.¹⁷

Menos frequentemente, a síndrome de Bouveret pode apresentar hematemese^{17,19,20,22} secundária à erosão de artérias celíaca ou duodenal^{17,19}. A expulsão de cálculos durante os vômitos ou a presença de lesões esofágicas devido à vômitos intensos são possíveis.¹⁹

Dadas as características clínicas que são principalmente inespecíficas, assim como a idade avançada dos pacientes, essa é uma situação crucial a se considerada como diagnóstico diferencial de outras causas de obstrução da saída gástrica, como câncer e estenose péptica especialmente em mulheres idosas.^{13,17,20}

Como foi apresentado, a Síndrome de Bouveret apresenta-se com sintomas comuns e inespecíficos e esses sintomas são indicativos de uma obstrução mais proximal, quando comparada com o íleo biliar clássico, em que a obstrução geralmente ocorre no íleo terminal.³²

4.5 Diagnóstico

O diagnóstico é iniciado com base nos achados clínicos e em Exames laboratoriais sugeridos para complementação da investigação diagnóstica da Síndrome de Bouveret que podem demonstrar leucocitose, distúrbios ácido-básicos e hidroeletrólíticos assim como insuficiência renal. O nível dessas alterações depende das comorbidades associadas, da intensidade da resposta inflamatória e dos mecanismos de compensação do indivíduo. Menos comuns são as alterações nas provas de função hepática e a elevação da amilase sérica.^{13,17} Achados de icterícia obstrutiva com elevação da bilirrubina total e direta, fosfatase alcalina e gama-glutamilttransferase são possíveis dependendo do nível de obstrução anatômica.¹⁹ Pode também ser sugerida por estudos de imagem, com diagnóstico confirmado por endoscopia.

A radiografia de abdome é incomumente a modalidade primária para diagnóstico.¹⁵ No entanto, em cerca de um terço dos casos, pode demonstrar a Clássica tríade de Rigler com dilatação gástrica, pneumobilia e uma sombra radiopaca na região do duodeno representando o cálculo biliar ectópico.^{14,33,34} Radiografias simples em série também podem ser úteis, demonstrando uma mudança relativa na posição da sombra. Isto ajuda a confirmar a localização ectópica do cálculo biliar. Quando tal mudança de posição é demonstrada nas radiografias seriadas de abdome, a tríade de Rigler torna-se a téttrade de Rigler. A Radiografia contrastada, deixou de ser utilizado como um meio de rotina de diagnóstico e está sendo amplamente substituído pelo TC, pode identificar o nível de obstrução e pode também mostrar a fístula biliodigestiva. No entanto, ainda é útil quando TC não está disponível ou contraindicada.²⁸

A Ultrassonografia pode ajudar no diagnostico mas, geralmente, apresenta uma imagem confusa devido às limitações determinadas pelas subseqüentes variações anatômicas assim como distensão intestinal, colapso ou presença de ar na vesícula biliar.^{17,19,20} A fistula pode ser visualizada quando preenchida com ar ou fluido mas pode ser também confundida com o ducto biliar comum. Ultrassonografia também pode revelar pneumobilia e dilatação gástrica.¹⁹

Os exames endoscópicos são importantes para o diagnostico de SB. A Esofagogastroduodenoscopia (EGD) permite a visualização da pedra impactada que aparece como uma massa dura não carnuda junto com um estômago dilatado. O

óstio duodenal da fístula biliodigestiva pode também ser visto. A importância da EGD na síndrome de Bouveret é relatada por ter significância tanto diagnóstica como terapêutica.^{28,35}

A melhor técnica de imagem para identificar os elementos da tríade de Rigler é a tomografia computadorizada. Isso é possível em 75 % dos casos.¹ Além de pneumobilia, obstrução intestinal, cálculo ectópico e dilatação gástrica, a tomografia computadorizada também pode descrever a fistula biliodigestiva quando o trato é realçado por contraste oral positivo ou ar, ou suspeitado indiretamente quando a vesícula é preenchida pelo contraste oral.^{17,19} O cálculo é visualizado no duodeno na maioria dos casos¹⁹; entretanto, em 15-25% dos pacientes essa visualização não é possível devido à isoatenuação da bile e fluidos. O uso contraste oral aumenta a sensibilidade diagnóstica da TC uma vez que envolve o calculo biliar. Em pacientes com vômitos intensos ou intolerância ao contraste oral, assim como em casos com cálculos isoatenuantes o papel da CPRM pode ser importante, uma vez que distingue cálculos de fluido, visualiza a fistula com maior precisão e não requer o uso de contraste oral.^{17,19,20}

4.6 Tratamento

O tratamento ideal para pacientes com síndrome Bouveret ainda permanece controverso na literatura. A estratégia terapêutica deve ser planejada levando em consideração diversos parâmetros, tais como o estado geral do paciente, a sua idade, co-morbidades, o local da obstrução, o estado inflamatório local, o tamanho do cálculo e da fístula ²¹ e a presença de mais de um cálculo. A evolução pode ser influenciada pela demora em estabelecer um diagnóstico correto e a aplicação do tratamento apropriado. O principal objetivo é eliminar a obstrução, removendo a pedra impactada. Isto pode ser conseguido por via endoscópica, cirurgicamente ou usando outro tipo de técnica. ¹³

O manejo atual concentra-se inicialmente em técnicas menos invasivas, tendo em conta a idade avançada e as graves doenças concomitantes que afetam a maioria dos pacientes. ²⁰ A endoscopia parece desempenhar um papel importante devido ao seu carácter menos invasivo e menor taxa de complicações. ¹⁷ Muitas técnicas endoscópicas têm sido relatadas em todo o mundo como a remoção endoscópica, extração líquida, litotripsia mecânica, litotripsia electrohidráulica e litotripsia intracorpórea a laser, ou combinações dessas técnicas. A Litotripsia extracorpórea por ondas de choque também tem sido usada com sucesso. ^{17,18, 20,21} No entanto, quando o cálculo é muito grande, a endoscopia geralmente falha. ²³ E uma desvantagem importante da litotripsia é que fragmentos de cálculo podem migrar e afetar distalmente convertendo síndrome de Bouveret em íleo biliar distal. ^{17,23} Dessa forma, falhando a desimpactação endoscópica, a cirurgia continua ser o método terapêutico clássico.

Convencionalmente, a síndrome de Bouveret tem sido tratada com laparotomia e enterotomia com altas taxas relativas de morbidade e mortalidade de 60% e 30%, respectivamente. Cirurgia aberta, laparoscópica ou manejo assistido laparoscopicamente tem sido relatados com resultados positivos para remoção de cálculos biliares impactados. Cirurgia minimamente invasiva assistida endoscopicamente também tem sido descrita. ^{20,22}

Enterolitotomia ou gastrostomia combinado com colecistectomia e fechamento da fístula como um procedimento definitivo de 1 ou 2 fases é pesado contra enterolitotomia simples ou gastrostomia com colecistectomia e fechamento da fístula realizada somente se os pacientes experimentam sintomas futuros. Os

defensores da primeira temem as possíveis complicações de um procedimento biliar não definitivo. Estes incluem colangite, colecistite, íleo recorrente, sangramento gastrointestinal, e carcinoma da vesícula biliar.³⁴ Defensores da última argumentam que a necessidade de um procedimento biliar definitivo pode não surgir devido ao elevada chance de fechamento espontâneo da fístula na presença de um ducto cístico patente e a ausência de cálculos residuais na vesícula biliar.

A literatura tem demonstrado que apenas 10% dos pacientes necessitam de cirurgia adicional para sintomas biliares persistentes e não apresentou provas que sustentem o risco teórico de desenvolvimento de carcinoma da vesícula biliar com fístula biliodigestiva persistente.³⁶ Além disso, os defensores da extração de pedras simples consideram um procedimento demorado e/ou eventualmente desnecessário um convite para 'morbidade adicional' 'desnecessária' e mortalidade. A taxa de mortalidade relatada associada a extração de pedra simples é de 12%, enquanto que associado a um procedimento definitivo um estágio é 20% a 30%.^{13,37} Por outro lado, os defensores de um procedimento biliar definitivo não atribuem a considerável morbidade e mortalidade associada à síndrome de Bouveret ao tempo operatório prolongado, mas para 2 outras razões principais: primeiro é a população de idosos com múltiplas comorbidades médicas em que ocorre normalmente; segundo é o impacto negativo do atraso no diagnóstico desta entidade clínica rara e atípica no bem-estar geral do paciente.³⁷ Os dados da literatura não se posicionam a favor de uma determinada estratégia cirúrgica para o manejo da Síndrome de Bouveret.

A estratégia operatória deve ser planejada com base em ambos os fatores relacionados ao paciente e achados operatórios. O primeiro inclui a idade do paciente, comorbidades e bem-estar geral. O último inclui o estado inflamatório local (condição do tecido no local) e se cálculos biliares adicionais estão presentes ou não. A abordagem cirúrgica sob medida é, portanto, a chave para o sucesso do manejo da síndrome de Bouveret.^{13,36,37}

5. CONCLUSÃO

Em suma, a síndrome Bouveret é uma entidade rara, que afeta mais frequentemente mulheres idosas, sendo causa incomum de obstrução intestinal e ocorre devido a impactação de cálculo biliar no duodeno. Apresenta-se com sintomas comuns e inespecíficos, sendo diagnosticada por exames complementares de imagem. O seu tratamento ainda permanece controverso na literatura mundial, devendo ser planejado levando-se em consideração diversos parâmetros, como o estado geral do paciente, a sua idade e comorbidades. A evolução pode ser influenciada pela demora em estabelecer um diagnóstico correto e a aplicação do tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

1. Rangareddy V.V., Reddy G.M., Arasi T., Lakshmi V. Bouveret's syndrome- a case report with review of literature Indian Journal of Applied Research, Vol.5, Issue : 1 January 2015
2. Kambourakis C, Riad N. Rare case of duodenal obstruction by a gallstone. Hellenic Journal of Surgery.2015;87(3)279
3. Pérez L. C., Lapeña T. A., Pons V. D., Olcina J.R. F., Ruiz A. C., León V. B., et al. Una causa infrecuente de obstruccion gástrica: síndrome de Bouveret Gastroenterol Hepatol, 31 2008, pp. 646–651
4. Behrman SW, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population. Am Surg 1996; 62: 386-90.
5. Magnuson TH, et al. Laparoscopic cholecystectomy: applicability in the geriatric population. Am Surg 1997; 63(1): 91-6.
6. Osvaldt AB, et al, organizadores. Rotinas em cirurgia digestiva. Porto Alegre: Artmed; 2005. 519 p.
7. Hermosa J.I. R., Cazador A. C., Vilà J. G., García J. R., Francesch M. F., Fernández D. A. Íleo biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos Gastroenterol Hepatol, 24 (2001), pp. 489–494
8. Fraga JBP, Sousa TGS, Nascimento ACR, Moraes E O, Vieira F J. HU Revista, Juiz de Fora , v.34, 2008. n.2, p141-145, abr/jun.99
9. Mallvaux P., Degolla R., Saint-Hubert M. de, Farchakh E., Hauters P. Laparoscopic treatment of gastric outlet obstruction caused by gallstone (Bouveret's syndrome) Surg Endosc, 16 2002, pp. 1108–1109

10. Carmo J. W. C. do. Complicação da colecistite calculosa com obstrução duodenal: Síndrome de Bouveret. Relato de caso. *Revista do Médico Residente*. vol. 10 – nº jul/set 2008.
11. Heaton, K. W.; Braddon, F. E.; Mountford, R. A.; Hughes, A. O.; Emmett, P. M. Symptomatic and silente gall stones in the community. *Gut*, London, 1991 v. 32, n. 3, p. 316-320.
12. Yang D., Wang Z., Duan Z., Jin S.. QTL Analysis of High Thermotolerance with Superior and Downgraded Parental Yeast Strains Reveals New Minor QTLs and Converges on Novel Causative Alleles Involved in RNA Processing. 2013. *PLoS Genet* 9(8):e1003693
13. Mavroeidis K, Vasileios et al. Bouveret Syndrome—The Rarest Variant of Gallstone Ileus: A Case Report and Literature Review. *Case Reports*, Athens, v. 2013, n. 1, p.1-7,
14. Qasaimeh G.R., Bakkar S, and Jadallah K. (2014) Bouveret's Syndrome: An Overlooked Diagnosis. A Case Report and Review of Literature. *Int Surg*: Nov.-Dec. 2014, Vol. 99, No. 6, pp. 819-823.
15. Chick, J. F. B. et al. Traffic Jam in the Duodenum: Imaging and Pathogenesis of Bouveret Syndrome. *Journal of Emergency Medicine*, 2013 , Volume 45 , Issue 4 , e135 - e137
16. Nabais C, Salústio R, Morujão I, Sousa FV, Porto E, Cardoso C, Fradique C. Gastric outlet obstruction in a patient with Bouveret's syndrome: a case report. *BMC Res Notes* 2013; 6:195 [PMID: 23663702 DOI: 10.1186/1756-0500-6-195]
17. Iñiguez A., Butte J. M., Zúñiga J. M., Crovari F., Llanos O., "Síndrome de Bouveret. Resolución endoscópica y quirúrgica de cuatro casos clínicos," *Revista Médica de Chile*, 2008 vol. 136, pp. 163–168.

18. Sánchez M. R. S., Caamaño F. B., Villarreal G. C., Blanco R. A. A., Gay M. A. G., Obregón R. A., "Síndrome de Bouveret. A propósito de un caso," *Revista Clínica Española*, 2003, vol. 203, pp. 399–400.
19. G. Brooks Brennan, R. D. Rosenberg, S. Arora, "Bouveret syndrome," *Radiographics*, 2004. vol. 24, no. 4, pp. 1171–1175.
20. Thompson R. J., Gidwani A., Caddy G., McKenna E., McCallion K., "Endoscopically assisted minimally invasive surgery for gallstones," *Irish Journal of Medical Science*, 2009. vol. 178, no. 1, pp. 85–87.
21. Iancu C, Bodea R, Al Hajjar N, Todea-Iancu D, Bălă O, Acalovschi I. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *J Gastrointest Liver Dis*. 2008;17:87---9.
22. Masannat Y; Masannat Y; Shatnawei A. Gallstone Ileus: A Review. *The Mount Sinai Journal Of Medicine*. Cleveland, 2006. p. 1132-1134.
23. C. O'Neill, P. Colquhoun, C. M. Schlachta, R. Etemad-Rezai, and S. Jayaraman, "Gastric outlet obstruction secondary to biliary calculi: 2 cases of Bouveret syndrome," *Canadian Journal of Surgery*, 2009.vol. 52, no. 1, pp. E16–E18.
24. Lee W, Han S-S, Lee SD, et al. Bouveret's syndrome: a case report and a review of the literature. *Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*. 2012;16(2):84-87. doi:10.14701/kjhbps.2012.16.2.84.
25. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60(6):441–446.
26. Bonfanti, U. W. Bertazzolo, E. Botetero, et al. Diagnostic value of cytologic examination of gastrointestinal tract tumors in dogs and cats: 83 cases (2001-2004). *J Am Vet Med Assoc*. 2006. 229:1130-1133.
27. Lawther RE, Diamond T. Bouveret's syndrome: gallstone ileus causing gastric outlet obstruction. *Ulster Med J* 2000;69(1):69–70

28. Beuran M, Venter MD, Ivanov I, Smarandache R, Iftimie- Nastase I, Venter DP. Gallstone ileus–still a problem with heart. *Annals of Academy of Romanian Scientists: Medical sciences*. 2012;3(1):5–28
29. Nuno-Guzman CM, Arroniz-Jauregui J, Moreno-Perez PA, Chavez-Solis EA, Esparza-Arias N, Hernandez-Gonzalez CI. Gallstone ileus: one-stage surgery in a patient with intermittent obstruction. *World J Gastrointest Surg* 2010;2(5):172–176
30. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(2):249–254
31. Rogers F, Carter R. Gallstone intestinal obstruction: a review and presentation of new cases. *Calif Med* 1958; 88:140.
32. Reinhardt SW. et al. Bouveret's Syndrome Complicated by Classic Gallstone Ileus: Progression of Disease or Iatrogenic? *J Gastrointest Surg*. Washington, 2013. p. 2020-2024.
33. Rehman A, Hasan Z, Saeed A, Jamil K, Azeem Q, Zaidi A et al. Bouveret's syndrome. *J Coll Physicians Surg Pak* 2008;18(7):435–437
34. Liew V, Layani L, Speakman D. Bouveret's syndrome in Melbourne. *ANZ J Surg* 2002;72(2):161–163
35. Koulaouzidis A, Moschos J. Bouveret's syndrome. *Narrative review*. *Ann Hepatol* 2007;6(2):89–91

36. Nickel F, Muller-Eschner MM, Chu J, Von Tengg-Kobligk H, Muller-Stich BP. Bouveret's syndrome: presentation of two cases with review of the literature and development of a surgical treatment strategy. *BMC Surg* 2013;13:33ub 2013 Jun 24.
37. Sica GS, Sileri P, Gaspari AL. Laparoscopic treatment of Bouveret's syndrome presenting as acute pancreatitis. *JLS* 2005;9(4):472–475