SÍNDROME DE BOUVERET: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO RARO SECUNDÁRIO A DOENÇA DAS VIAS BILIARES

ORLANDO, Daniele Lorrainy Conti[1]; SILVA, Kalleby Pedro[1]; MIGIYAMA, Fabiana Couto[2]
[1]Faculdade Maurício de Nassau - Uninassau Vilhena
[2]Docente Orientador Faculade Maurício de Nassau - Campus Vilhena

Introdução: A síndrome de Bouveret é uma complicação rara da doença calculosa biliar, causada pela impactação intestinal de um cálculo, secundária à uma fístula colecistoduodenal (70% dos casos) ou colecistogástrica espontânea, resultando em um bloqueio do esvaziamento gástrico. De todas as obstruções mecânicas íleo-biliares, as impactações na região pilórica ou duodenal correspondem a ~3% e caracterizam a síndrome. Cursa com uma sintomatologia clássica de abdome agudo de obstrução alta, com náuseas, vômitos, dor e distensão gástrica. **Objetivos:** Revisar as ferramentas diagnósticas para a Síndrome de Bouveret e discutir os desafios na escolha da conduta cirúrgica. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura que utilizou as bases LILACS, MEDLINE e SCIELO para busca dos artigos e os descritores "Síndrome de Bouveret", "Obstrução Intestinal" e "Obstrução mecânica íleobiliar". Foram incluídos artigos em inglês, portugues e espanhol, publicados no período de 2018 a 2026, que se direcionassem para a apresentação clínica, o diagnóstico e o tratamento. Foram excluídos trabalhos sem acesso gratuito e que não tratassem diretamente sobre o tema. **Resultados e Discussões:** A síndrome de Bouveret é uma afecção com alta morbimortalidade, podendo cursar com complicações graves como isquemia intestinal, perfuração, peritonite e sepse. Os sinais e sintomas são inespecíficos, como náuseas e vômito (86%), dor abdominal (71%), dor à palpação (44%), desidratação (31%) e distensão abdominal (27%), sendo por isso necessário o uso de exames de imagem. Contudo, foi observado um padrão patognomônico que auxilia nesse diagnóstico: A tríade de Rigler, presente em até 50% dos casos, sendo composta por pneumobilia, obstrução intestinal e um cálculo biliar aberrante. A radiografia e a ultrassonografia de abdome podem ser utilizadas, mas a tomografia computadorizada mostra-se superior, conferindo uma sensibilidade de 93%, especificidade de 100%. A EDA pode ser eficaz especialmente em pacientes com alto risco cirúrgico, no entanto, sua utilização depende do tamanho e mobilidade do cálculo, podendo-se lançar mão da litotripsia como adjuvante. A abordagem terapêutica pode ser endoscópica ou cirúrgica, devendo-se considerar variáveis inerentes ao perfil do paciente. Essa última modalidade pode ser feita em um único estágio, permitindo a colecistectomia e a e a enterolitotomia no mesmo procedimento, prevenindo complicações futuras como colecistite recorrente, colangite ou o risco (raro) de câncer de vesícula, sendo válida em pacientes jovens e com bom estado geral. Em dois estágios, envolve o adiamento da colecistectomia para estágio posterior (enterolitotomia isolada), e é uma opção em pacientes idosos e com múltiplas comorbidades. **Conclusão:** É evidente a importância desta discussão principalmente pela dificuldade na escolha do tratamento. É necessário definir, com urgência, se a fístula biliar deve ser tratada em conjunto com a obstrução intestinal ou em uma cirurgia posterior, haja vista a alta morbimortalidade associada ao perfil dos pacientes mais afetados (idosos), no entanto, estudos mostram alta incidência de fechamento espontâneo da fístula,

caso o ducto cístico esteja pérvio e sem cálculos residuais, fomentando a cirurgia em 2 estágios.

Palavras chaves: Cálculo biliar. Obstrução duodenal. Síndrome de Bouveret.

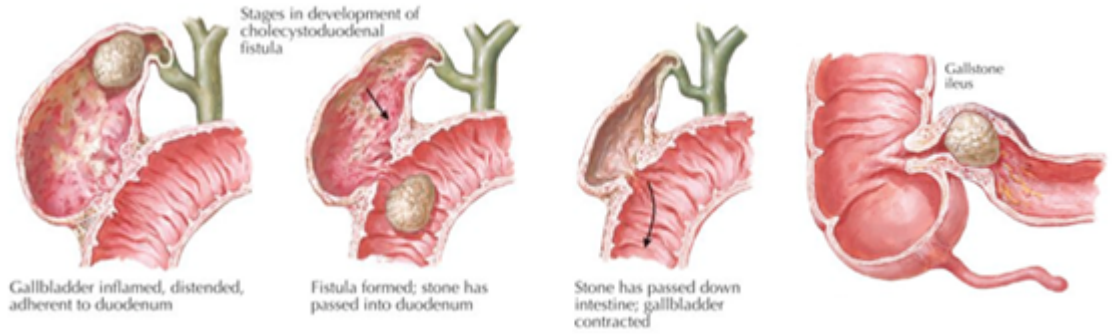
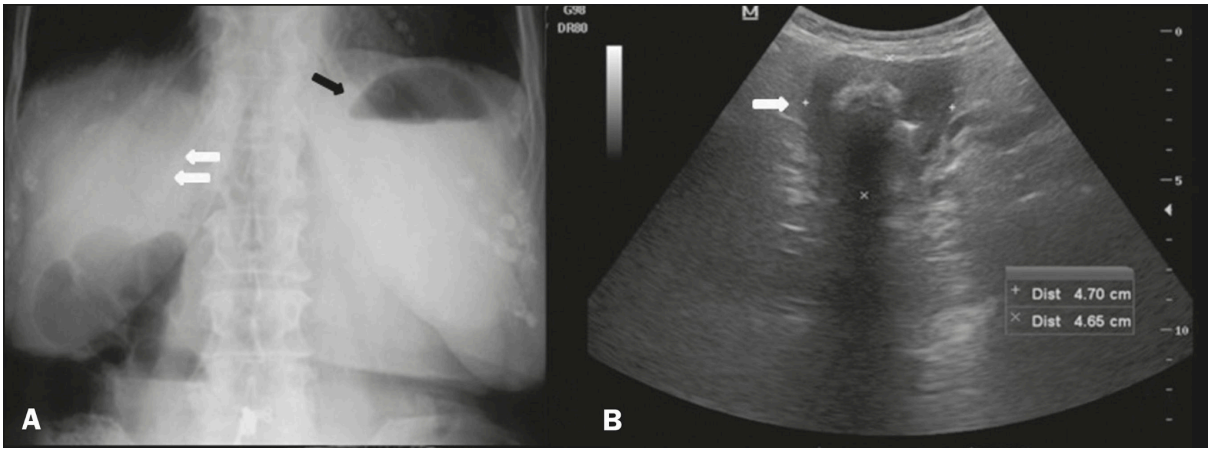
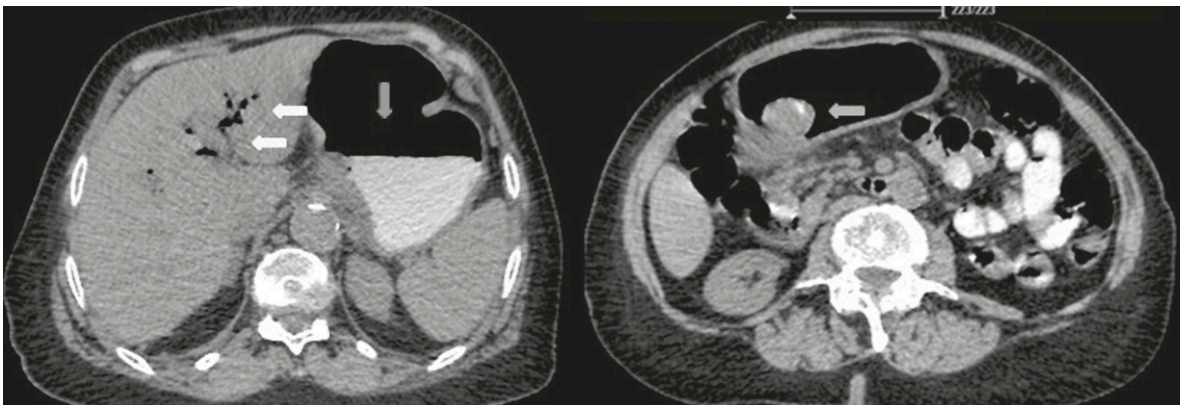


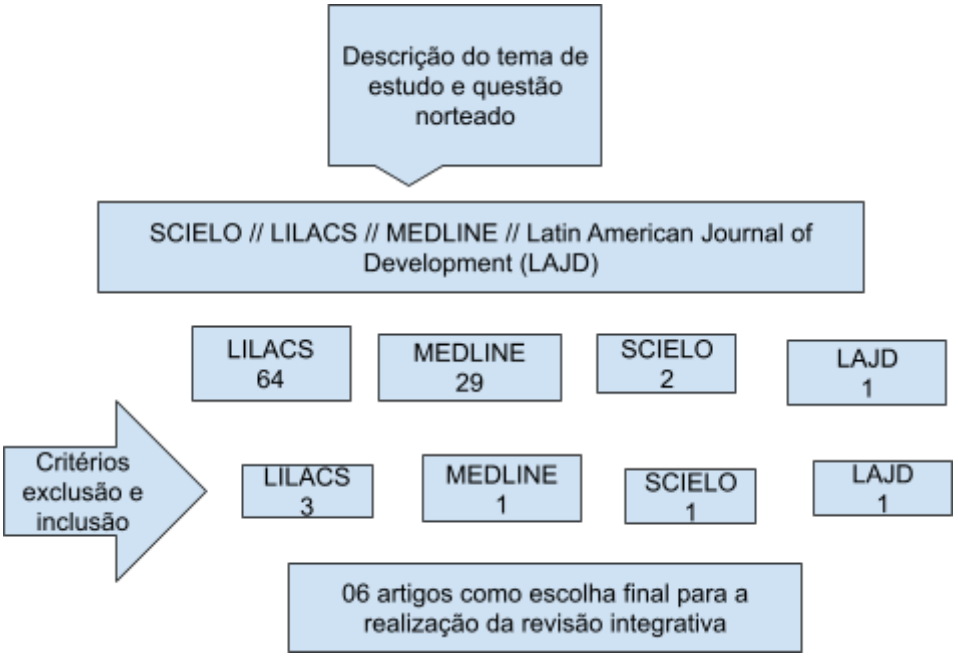
Figura 1: Figura esquemática de Íleo Biliar. Fonte: Netter Atlas de Anatomia, 7ª ed.



A: Radiografia do abdome, com o paciente em pé, mostrando um nível hidroaéreo no estômago (seta preta) e pneumobilia intra-hepática (setas brancas). B: Ultrassonografia abdominal mostrando a região pilórica-duodenal com um cálculo impactado em seu interior (seta). C: Tomografia computadorizada do abdome com contraste oral, mostrando um nível hidroaéreo no estômago (seta vertical) e conteúdo gasoso nas vias biliares intra-hepáticas/pneumobilia (setas horizontais). D: Tomografia computadorizada do abdome com contraste oral, mostrando um cálculo de densidade mista na região pilórica (seta), causando obstrução e dilatação a montante (ou seja, do estômago)

devendo-se considerar múltiplos fatores, como as condições gerais do paciente, a idade, comorbidades, a localização do cálculo, o grau de inflamação local, o tamanho da fístula e a presença de mais de um cálculo.





Artigos escolhidos:

LADJD: file:///C:/Users/Leliani/Downloads/34+AH.pdf

SCIELO: https://www.scielo.br/j/rb/a/m8TBswcLs6qVrL7vMjtmrhH/?lang=en

RODRIGUES, I. L. M. Bouveret syndrome and its imaging diagnosis. **Radiologia Brasileira**, v. 51, n. 4, p. 276–277, ago. 2018. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/rb/a/m8TBswcLs6qVrL7vMjtmrhH/?lang=en>. Acesso em: 10/05/26

LILACS - BVS:

1. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1590596
2. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1511914

TACIO, S. et al. Obstrução duodenal por cálculo - síndrome de bouveret: um relato de caso. **CuidArte, Enferm**, p. 139–143, 2023. Disponível em:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1511914>. Acesso em:10/05/26.

3. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1396507

MEDLINE - NIH:

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430738/

TURNER, A. R. et al. **Bouveret Syndrome (Bilioduodenal Fistula)**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430738/>. Acesso em:10/05/26.