

EP-215 - UMA CAUSA RARA DE OCLUSÃO INTESTINAL ALTA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Margarida Carvalho¹; Andreia Rei¹; Ana Laranjo¹; Sara Pires¹; Nuno Veloso¹; Lurdes Gonçalves¹; Rogério Godinho¹; Isabel Medeiros¹

1 - Hospital Espírito Santo - Évora

Mulher de 70anos, antecedentes de Insuficiência cardíaca, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo e Obesidade, admitida no serviço de urgência por hematemeses e melenas com instabilidade hemodinâmica. Analiticamente com Hb 11,6g/dL, Leucócitos 22.000/mcL(neutrófilos 94%), PCR 4mg/dL, Bilirrubina total 3,2mg/dL(direta 1,96mg/dL), ALT 130U/L, AST 217U/L e GGT 451U/L. Realizou-se Endoscopia digestiva alta que mostrou, no Joelho bulbar, protusão ulcerada da mucosa com imagem de cor negra na base sugestiva de cálculo e coágulo aderente. Efetuou-se TC, pela suspeita de fístula bilio-entérica, identificando-se fístula entre a vesícula e bulbo duodenal/DII proximal, associada a processo inflamatório vesicular *versus* atipia vesicular ou duodenal. Boa evolução clínica sob antibioterapia empírica e sem recidiva da hemorragia.

Cerca de 1mês depois, iniciou vômitos biliosos, dor no hipocôndrio direito e febre. Analiticamente PCR 4,5mg/dL, sem outras alterações. Repetiu-se TC com persistência de fístula e um cálculo(5cm) em DIII, condicionando dilatação a montante do estômago e duodeno. Tentou-se resolução endoscópica da obstrução sem sucesso. Fez-se laparotomia com gastrotomia anterior no antro e remoção do cálculo por via transpilórica, com evolução favorável. A Ressonância magnética, 5meses depois, apresentou persistência de litíase vesicular e alterações inflamatórias residuais, sem fístula. Em consulta de cirurgia, 1ano após, dadas as co-morbilidades e estabilidade clínica da doente (assintomática) optou-se pela não realização de Colecistectomia.

O Síndrome de Bouveret é uma causa rara de oclusão gastrointestinal alta por impactação de um cálculo grande no piloro ou duodeno, resultante de fístula bilioentérica associada. Afeta maioritariamente mulheres com >70anos e múltiplas co-morbilidades. O diagnóstico é clínico, laboratorial e imagiológico, sendo a TC o exame de imagem de eleição. O tratamento é essencialmente cirúrgico. A decisão entre remoção do cálculo isolada *versus* combinada com colecistectomia e resolução da fístula no mesmo tempo cirúrgico ou posteriormente, não é consensual e depende do risco do doente.