

CG-007 - UMA PEDRA NO CAMINHO

Inês Coelho Rodrigues¹; Miguel Fernandes²; Carlos Noronha Ferreira¹; Tito Palmela²; Juliana Serrazina¹; Carlota Ramos³; Ana Rita Gonçalves¹; Rui Esteves³; Luís Carrilho Ribeiro^{1,4}; Rui Tato Marinho^{1,4}

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte – Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia; 2 - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte - Serviço de Urologia; 3 - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte - Serviço de Cirurgia Geral; 4 - Clínica Universitária de Gastrenterologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa.

Homem de 78 anos recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal difusa, anorexia e náusea na última semana e vômitos biliosos nos 3 dias anteriores. Como antecedentes, a destacar hipertensão arterial, diabetes tipo 2, obesidade, presença de *pacemaker* DDR e apneia obstrutiva do sono.

Ao exame objetivo, o abdómen era mole, depressível, doloroso à palpação nos quadrantes superiores, sem sinais de irritação peritoneal. Apresentava $16.7 \times 10^9/L$ leucócitos, neutrofilia (87%) e PCR 11.3mg/dL. A destacar, transaminases normais, ausência de colestase e amilase 223U/L (5x LSN). A marcada distensão gástrica na ecografia motivou realização de TC abdominal, que evidenciou duodeno dilatado a montante duma densidade cálcica de 34mm, provável cálculo biliar.

Pelas comorbilidades e risco peri-operatório elevado do doente, considerou-se abordagem endoscópica constatando-se orifício de fistula colecisto-bulbar e volumoso cálculo na terceira porção do duodeno. Pela sua dimensão, o cálculo não era embarcado em cesto trapezoidal e não foi conseguida litotricia parcial com litotritor. Realizou-se nova tentativa endoscópica, com recurso a árgon plasma para fragmentação, que se demonstrou demorada e pouco eficaz.

Numa última tentativa terapêutica por via endoscópica, conjunta com Urologia, realizou-se litotricia com energia LASER Ho:YAG (600nm, potência 30W), pelo canal de trabalho do colonoscópio, que permitiu a fragmentação de cálculo e remoção na totalidade.

O doente cumpriu antibioterapia e teve alta após 10 dias. No seguimento a 3 meses, manteve-se assintomático e em TC abdominal com vesícula escleroatrófica e aparente encerramento espontâneo da fistula colecistoduodenal.

A Síndrome de Bouveret consiste na presença de cálculo impactado no duodeno, após passagem por fistula colecistoentérica, com consequente ileus. Cálculos de maior dimensão representam um desafio à litotricia mecânica, que resolve 90% dos cálculos encravados <2cm. A litotricia por LASER, de feixe dirigido, reduz o risco de lesão da via biliar. A interdisciplinaridade e a abordagem inovadora permitiram resolver este desafio num idoso frágil.