



CADI2019

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



MUNICIPIO DE
MALVINAS
ARGENTINAS

• El lugar de la Familia •

SINDROME DE BOUVERET: Causa infrecuente de obstrucción Duodenal



Autores: Tárraga P., Gonzales R., Mendoza M., Bastidas M.,
Narvaez Y., Borrino L.

Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr Federico
Abete.

Malvinas Argentinas. Prov. de Bs. As.

OBJETIVOS

- Identificar los hallazgos más frecuentes por tomografía computada para un diagnóstico y tratamiento precoz y así mejorar el pronóstico del paciente.
- Llevar a cabo una revisión actualizada de esta enfermedad.



INTRODUCCIÓN



El síndrome de Bouveret fue descrito por primera vez por Leon Bouveret, internista francés, en 1896.

Es un particular tipo de íleo biliar en el que la obstrucción se produce a nivel del bulbo duodenal y ocurre en 3% de todos los casos de impactación de cálculos en el tracto digestivo, el cual representa 1% a 3% de todas las causas de obstrucción intestinal.

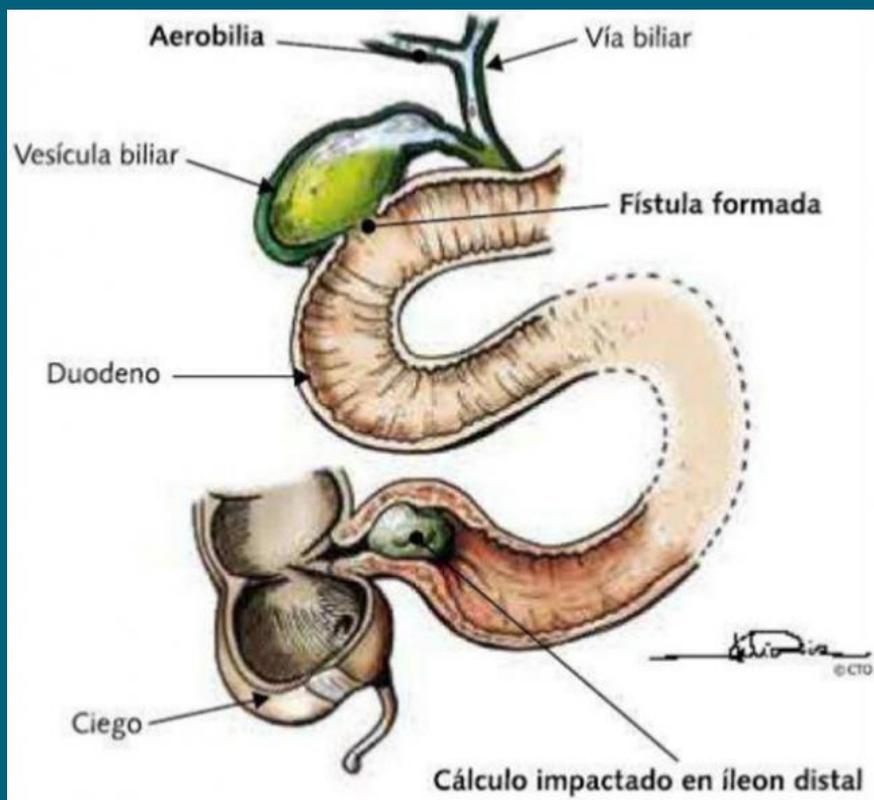
EPIDEMIOLOGÍA



El Síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica pero que tiene una tasa de mortalidad mayor que la que presentan las obstrucciones intestinales producidas por otras causas.

El promedio de edad es a los 70 años aproximadamente y su incidencia es mayor en el sexo femenino.

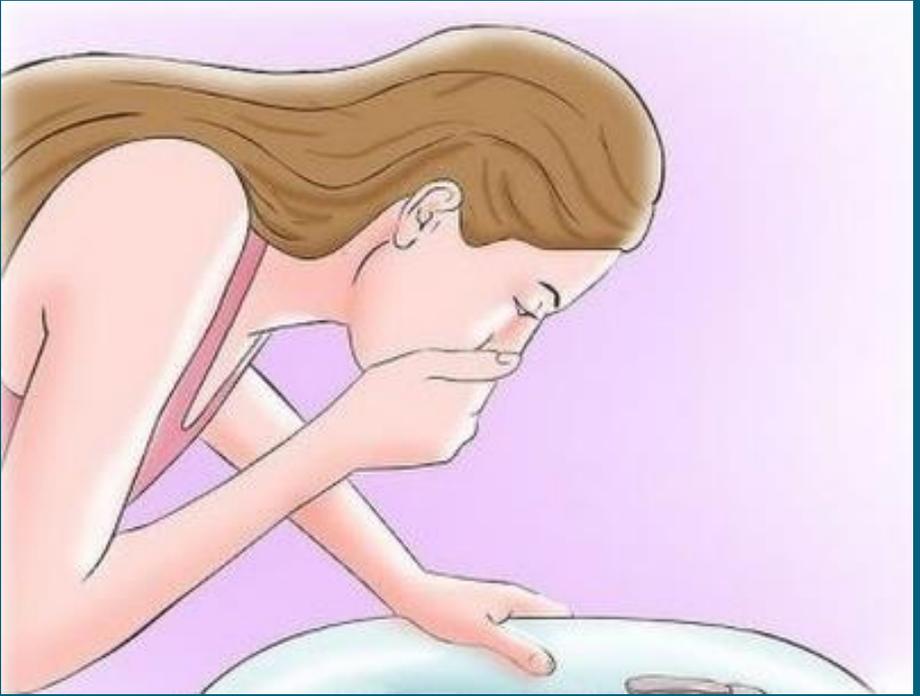
ETIOPATOGENIA



Se produce por el paso de uno o de varios litos de gran tamaño a través de la pared inflamada de la vesícula hacia el estómago distal o en duodeno proximal.

La fístula suele ocurrir por erosión y perforación de la vesícula después de varios episodios de colecistitis aguda.

CLÍNICA



Los síntomas mas frecuentes en la presentación del cuadro son el dolor abdominal, los vómitos y la ausencia de emisión de heces y gases.



La incidencia de complicaciones posquirúrgicas y la tasa de mortalidad pueden reducirse con un diagnóstico y tratamiento precoz.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Rx simple de abdomen: Puede ser de gran utilidad. En 35% de los pacientes, se presenta la triada de Rigler: Obstrucción intestinal parcial o completa, aire en la vía biliar y visualización directa del cálculo. Otros signos radiológicos son dos niveles hidroaéreos adyacentes en el hipocondrio derecho.

Dos de los primeros tres hallazgos son encontrados en más del 50% de pacientes con Síndrome de Bouveret.

La neumobilia ocurre hasta en el 60% de pacientes.



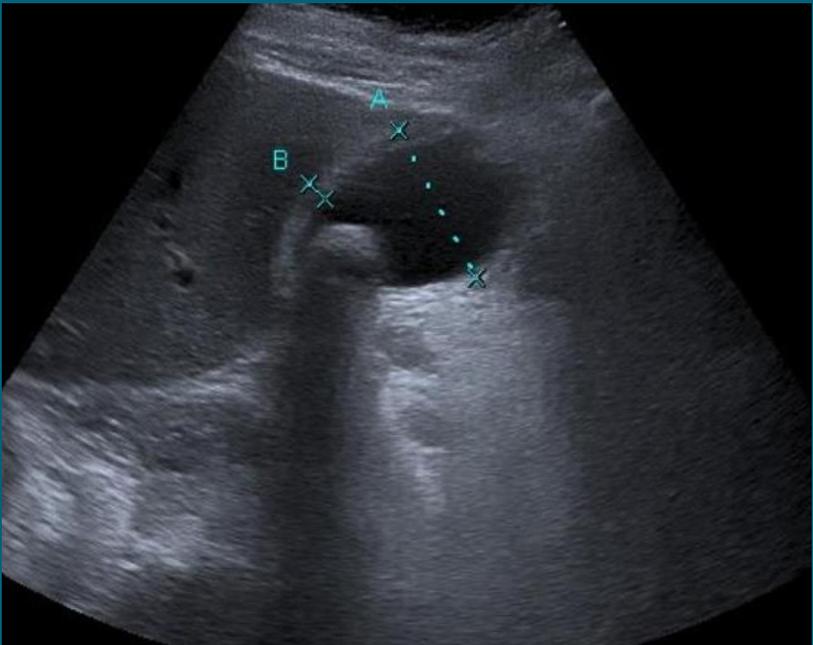
Aerobilia y litiasis a nivel del
hipocondrio derecho.
Ref. Revista Española de
Enfermedades digestivas. Vol.
108/2016

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

Ecografía Abdominal: En la mayoría de los casos se puede encontrar:

- Vesícula biliar con paredes engrosadas.
- En la luz vesicular pueden encontrarse cálculos e imágenes compatibles con gas.
- Neumobilia.
- Alteración de la grasa perivesicular.

La ecografía presenta limitaciones dadas las alteraciones anatómicas, la distensión abdominal y el aire o el colapso de la vesícula.



HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS

La **TC abdominal** es el más importante método de diagnóstico debido a su mejor resolución e identifica el cálculo hasta en un 98% de los pacientes; además de que muestra la neumobilia, la obstrucción intestinal y el grosor de la pared de la vesícula biliar.

- Caracteriza la severidad de la obstrucción intestinal
- Identifica el punto de transición.
- Detecta las complicaciones.

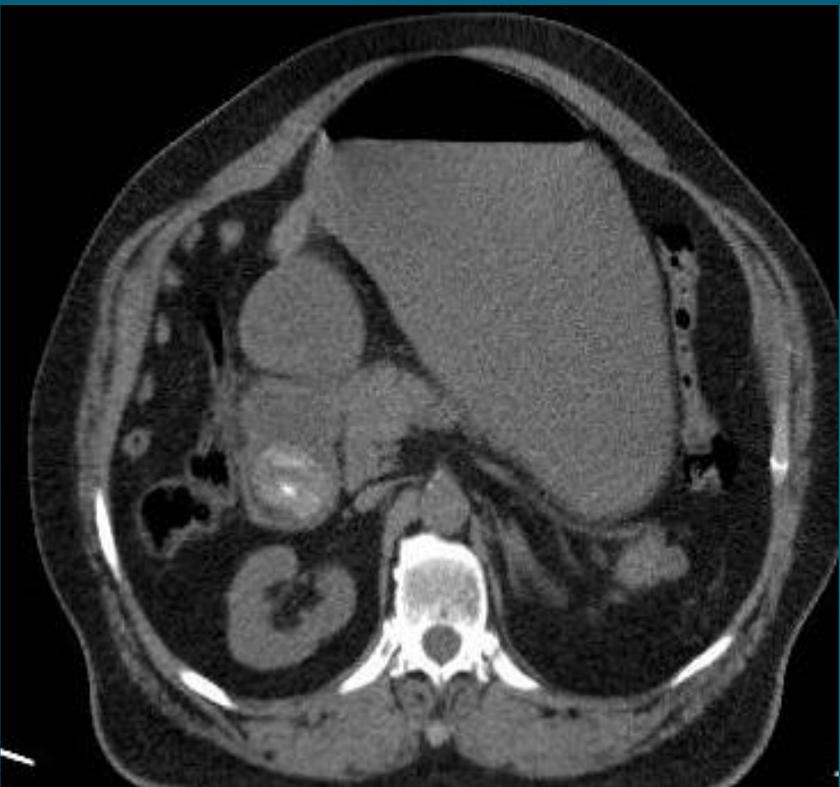
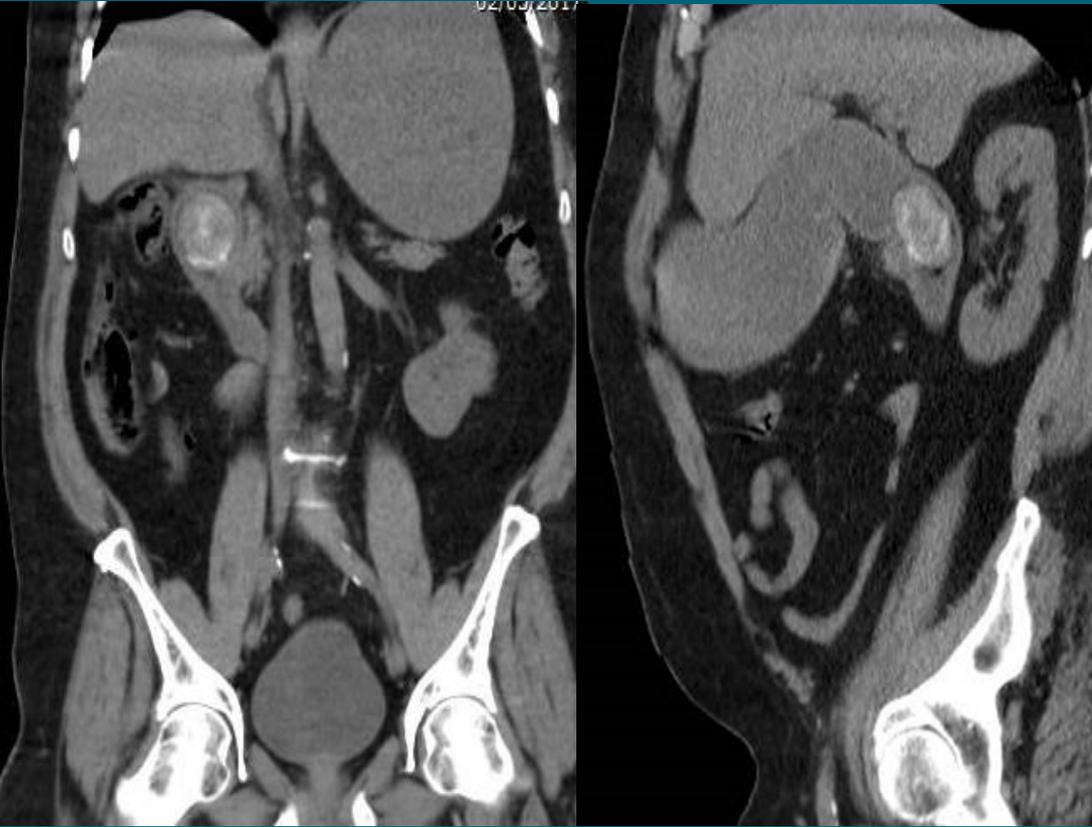


Imagen axial donde se evidencia macrolito, y signos de dilatación retrógrada del bulbo duodenal y cámara gástrica.

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS



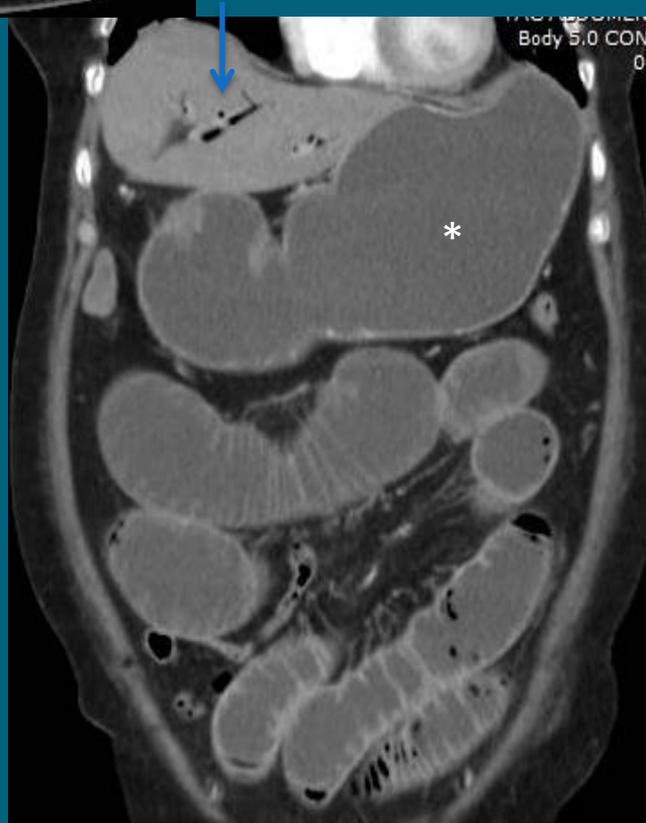
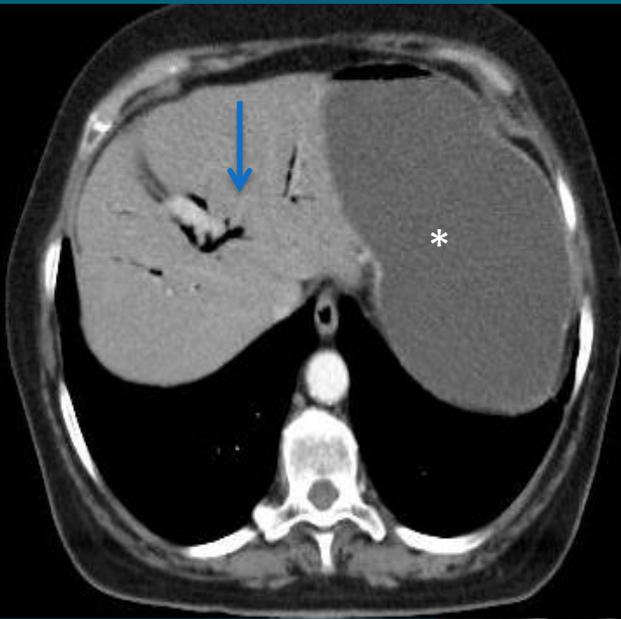
Corte Coronal y Sagital. Obsérvese macrolito que obstruye la segunda porción del duodeno y causa dilatación retrógrada.

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS



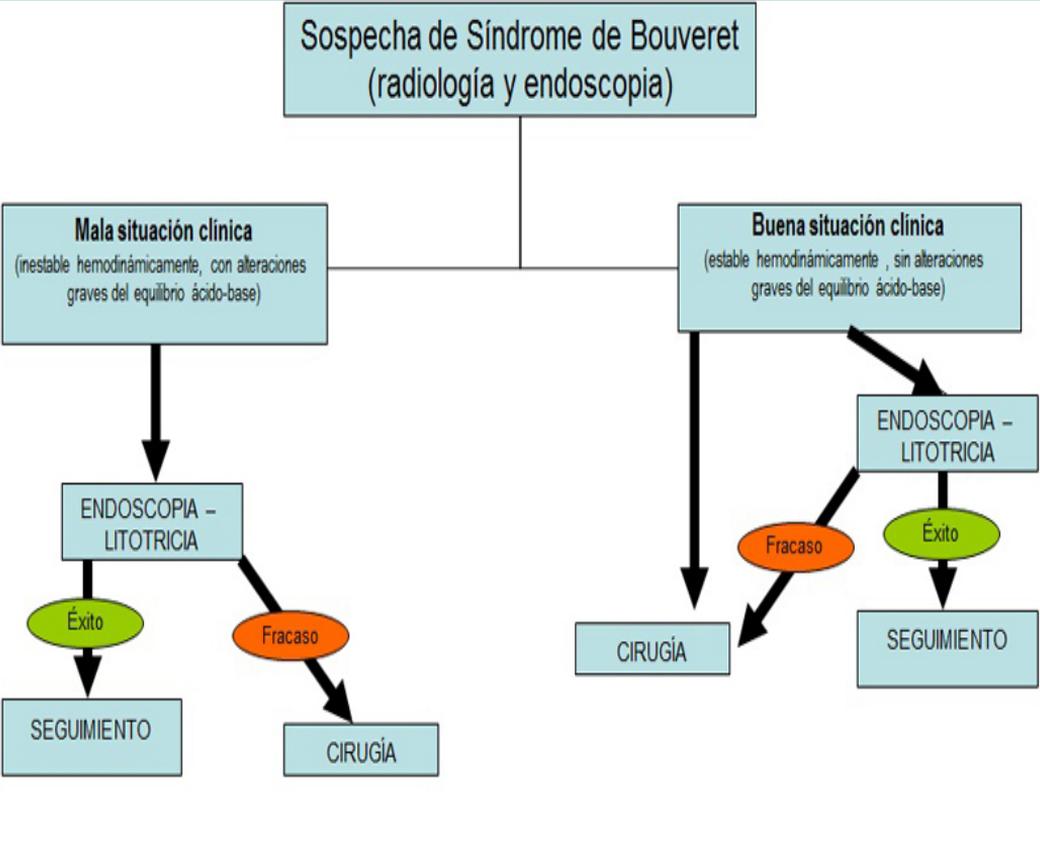
Imágenes axiales que muestra vesícula biliar con pérdida de plano de clivaje con pared anterolateral de la primera porción del Duodeno, en relación a comunicación entre ambos, “Fístula colecisto-duodenal”.

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS



Hallazgos secundarios al Síndrome de Bouveret, Aerobilia (Flechas) y dilatación de la cámara gástrica (*)

TRATAMIENTO



Ref. RAPD Vol 36/ Enero-Feb 2013

CONCLUSIÓN

El síndrome de Bouveret es una entidad rara; se trata de un íleo biliar en el cual el cálculo se aloja en el bulbo Duodenal y causa obstrucción gástrica. En esta entidad se establece una fístula colecistoduodenal.

Para mejorar el pronóstico de esta entidad es fundamental el diagnóstico precoz. La realización de una TC de abdomen permite con bastante fiabilidad establecer el diagnóstico precoz.