

**AUTORES:** Sáez Andrés Esteban, Valderrama Bernal Jenny Maritza y Baldiviezo Paredes Ninel Emilse

Hospital de Clínicas José de San Martín  
CABA, ARGENTINA

[jvalderrama0501@gmail.com](mailto:jvalderrama0501@gmail.com)

Los autores declaran no presentar conflictos de interés



## PRESENTACION DEL CASO:

Paciente femenino de 37 años consulta por cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en dolor abdominal difuso que se exagera en las últimas 48 horas, asociado presenta náuseas, eméesis de contenido bilioso intestinal y distensión abdominal. Los laboratorios mostraron marcadores de inflamación aumentados

## HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS:

Se observa la presencia de nivel hidroaéreo en la vesícula (Fig. 1), con imagen de trayecto fistuloso hacia la segunda porción del duodeno, el hallazgo se asocia importante dilatación y distensión de asas de intestino delgado con contenido líquido y cambios inflamatorios (Fig. 1), observándose a nivel aparentemente yeyuno, una imagen de aspecto litiasico, endoluminal como causa obstructiva (Fig. 2). El hallazgo se asocia a cambios inflamatorios de la mucosa del intestino a dicho nivel como así también en el meso correspondiente con aumento de la densidad de la grasa. Los hallazgos sugieren la presencia de un íleo biliar con migración del cálculo a nivel mencionado.

## DISCUSION:

El síndrome de Bouveret describe la obstrucción de la salida gástrica secundaria a un cálculo biliar impactado. El cálculo biliar llega al intestino delgado a través de una fístula bilioentérica como consecuencia de la inflamación crónica y la adherencia entre el sistema biliar los intestinos que aumentan la presión intraluminal y conducen a isquemia secundaria de la pared con paso del cálculo biliar al intestino. A pesar de la rareza del síndrome de Bouveret puede causar tasas de mortalidad y morbilidad notables.

## CONCLUSION:

En nuestro caso, el síndrome de Bouveret se presentó tres meses después como complicación de una colecistitis crónica que tuvo intervención quirúrgica en la cual se evidenció un síndrome adherencial. La triada de Rigler tuvo una variante ya que en nuestra paciente se instaló una sonda nasogástrica y el cálculo avanzó hasta el íleon. El diagnóstico se realizó con tomografía de abdomen/ pelvis contrastada y en el acto quirúrgico. Fig.3

El síndrome de Bouveret es una causa rara de obstrucción intestinal con morbimortalidad alta. Requiere de un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y debemos tenerlo en cuenta como una posible complicación postquirúrgica.



Fig. 1. TC con contraste endovenoso en corte axial en la que se aprecia aerobilia (Flecha azul). Señalado en verde: Diámetro luminal de asa de intestino delgado (41.7 mm)

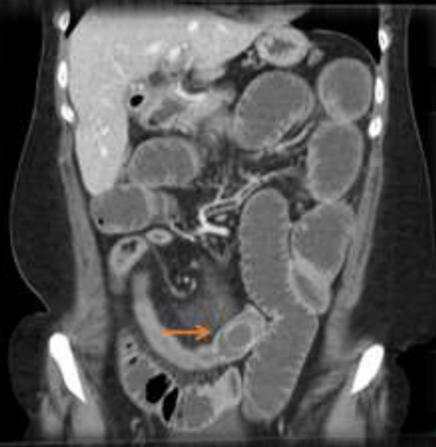


Fig. 2. TC con contraste endovenoso en corte coronal en la que se aprecia calculo en la luz intestinal (Flecha naranja).



Fig. 3. Extracción quirúrgica de calculo intestinal visualizado en la tomografía.

## BIBLIOGRAFIA

- <https://radiopaedia.org/cases/161435/studies/131943?lang=us>
- [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082016000700010&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082016000700010&script=sci_arttext&tlng=es)
- <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sindrome-bouveret-13085893>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc134j.pdf>
- <https://docplayer.es/600665-El-metodo-de-heineke-mikulicz-se-trata-del-primer-procedimiento-descrito-el-cual-es-ademas-el-mas-simple-y-practico-en-el-el-anillo-pilorico-se.html>
- <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-04-10-05%20Secueles%20Cirugia%20Gastrica.pdf>