

# SÍNDROME DE BOUEVERET: UNA INFRECUENTE VARIANTE DEL ÍLEO BILIAR.

**Autores:** Gómez, Oscar;  
Vicente, María; Ferreyra,  
Claudia; Ulloa, David.

**Resumen:** El íleo biliar consiste en la obstrucción mecánica del intestino a causa de un lito vesicular que migra a este y se impacta en una región determinada debido a que su tamaño no le permite avanzar más allá.

Constituye la causa de 1 a 3% de los casos de obstrucción mecánica del intestino; las localizaciones de impactación más frecuentes son:

- Íleon terminal (60%)
- Íleon proximal (24%)
- Yeyuno distal (9%)
- Colon y recto (2-4%)
- Duodeno (1-3%)

Cuando el lito se aloja a nivel del duodeno obstruyendo la salida gástrica se denomina síndrome de Bouveret.

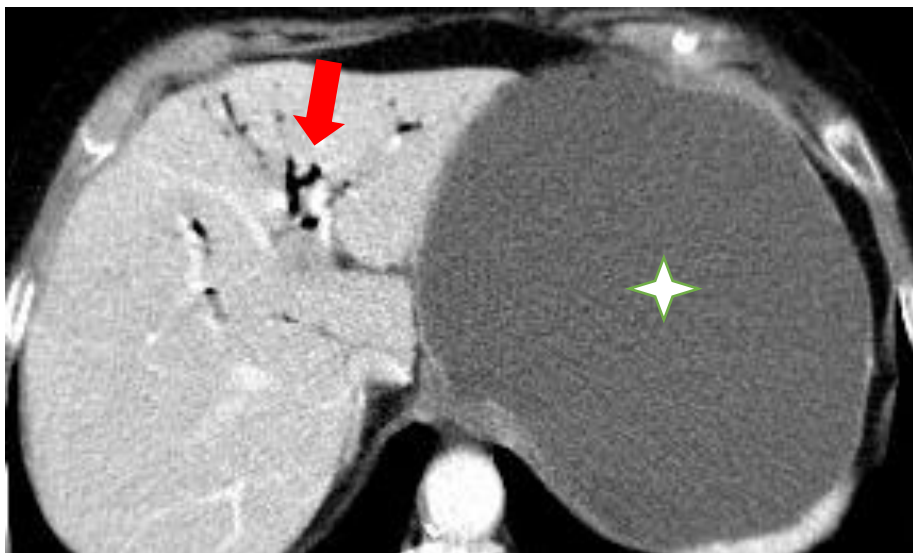
## Presentación clínica:

Femenina de 85 años que consulta a la guardia por dolor abdominal epigástrico tipo cólico de 36 horas de evolución asociado a vómitos postprandiales que se han intensificado en las últimas horas.

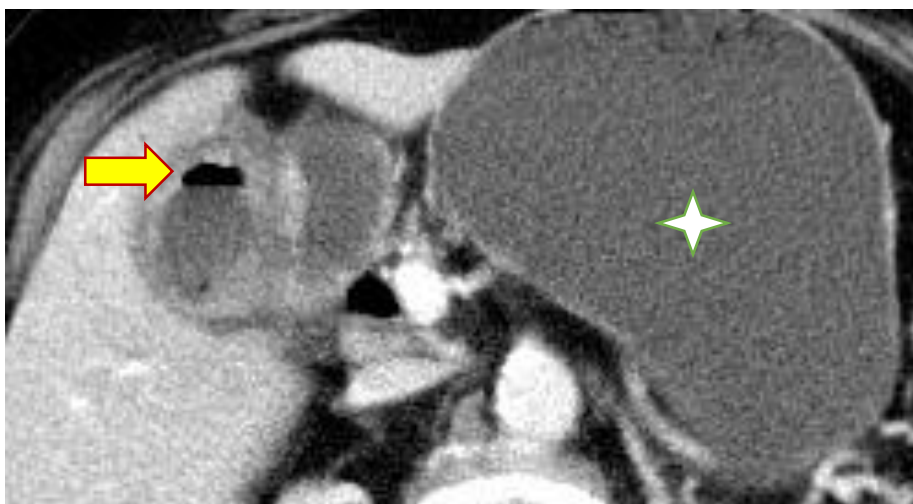
A la exploración presenta dolor leve en epigastrio con timpanismo.

Laboratorios: hb 17.3g/dl, urea 133mg/dl, creatinina 3.0mg/dl, lactato 2.14mmol/l y PCR 172.6mg/l.

## Hallazgos imagenológicos:



TC de abdomen y pelvis con contraste: en la imagen superior se evidencia aerobilia (flecha roja) y en la imagen inferior se observa la vesícula con un nivel hidroaéreo en su interior (flecha amarilla). En ambas imágenes se hace evidente la marcada dilatación gástrica (asterisco).

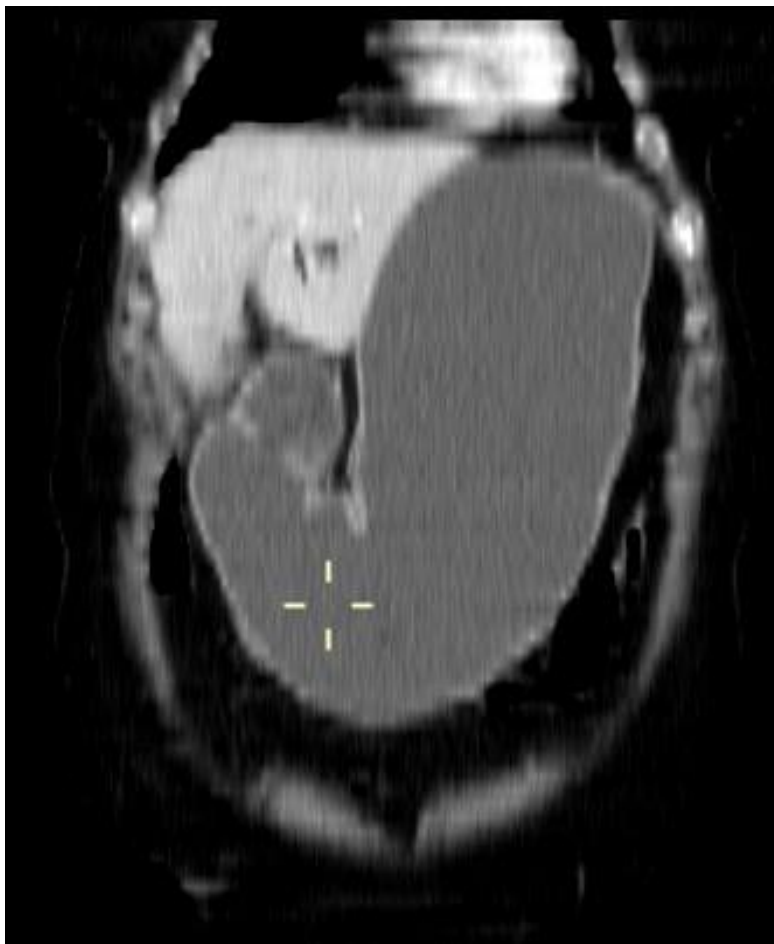




Unos cortes más abajo se evidencia una imagen ovoidea, heterogénea y de densidad cálcica que corresponde a lito enclavado en la II porción duodenal (flecha). Se asocia rarefacción de la grasa mesentérica circundante.



Corte axial que evidencia a la vesícula biliar (asterisco rojo) con nivel hidroaéreo y una solución de continuidad en su pared medial la cual se comunica con el duodeno (asterisco verde), configurando así una fístula colecisto-duodenal por donde migró el cálculo previamente visualizado.



Reconstrucción MPR coronal donde se evidencia la gran dilatación y retención gástrica secundaria al lito enclavado en la II porción duodenal.





Fotografía intraoperatoria donde se evidencia una duodenectomía logrando visualizar el lito al interior del mismo y las paredes duodenales equimóticas secundario a la compresión ejercida por el lito.



## Discusión:

El síndrome de Bouveret es una forma poco frecuente de íleo biliar causada por el paso y la impactación de un cálculo biliar grande a través de una fístula colecistoduodenal en el duodeno, lo que resulta en la obstrucción de la salida gástrica.

Fue descrito por primera vez en 1896 por Léon Bouveret (Lyon, Francia). El íleo biliar es responsable del 1-3% de todos los casos con obstrucción del intestino delgado; de estos, la localización en duodeno sólo se da en el 1-3% de los casos.

Suele darse en mujeres de edad avanzada, con una edad media de 70-75 años, y debido a un cálculo biliar grande (una sola piedra en > 90%) dentro del canal pilórico o duodeno.

El cuadro clínico es inespecífico, siendo los síntomas más comunes descritos como una tríada de dolor epigástrico, náuseas y vómitos

.

## Conclusión:

El síndrome de Bouveret es raro, por lo que el diagnóstico es de exclusión. La sospecha clínica es fundamental para llegar al diagnóstico.

La radiografía simple de abdomen es diagnóstica sólo en el 21% de los casos (tríada de Rigler: obstrucción del intestino delgado, neumobilia y un cálculo biliar ectópico).

La TAC es el método diagnóstico del 60% de los casos, que puede ser complementado por una colangio RM, ya que el 15-25% de litiasis son isodensas.

La litiasis es visible endoscópicamente sólo en el 70% de los casos, probablemente debido a la mucosa que recubre la piedra incrustada y en el 20-40% de los casos se establece el diagnóstico final durante la cirugía

El tratamiento ideal es el endoscópico, pero si este falla es necesaria la cirugía.

## Bibliografía:

- L.F. Álvarez Chica, W. Bejarano Cuéllar, O.L. Rojas Cardozo. Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto: Descripción de dos casos y revisión de la literatura Rev Col Gastroenterol, 25 (2010), pp. 86-93
- J.J. Báez-García, P. Martínez-Hernández-Magro, G. Iriarte-Gállego. Bouveret's syndrome; a case report [Article in Spanish] .Rev Gastroenterol Mex, 74 (2009), pp. 118-121
- Salazar Ray, Martín, & Salazar, Eduardo Angel. (1996). Síndrome de Bouveret.: A propósito de un caso.. Revista Medica Herediana, 7(3), 142-145. Recuperado en 27 de marzo de 2019.
- Seietsu N, Osanai H, Masuoka H, Ohba S, Ebata T, Yoshida Y. Gastric outlet syndrome caused by a gallstone: report of a case. Surg Today 1998;28:412-5.