

## Notas Clínicas

# Síndrome de Bouveret, una causa infrecuente de obstrucción duodenal.

*Bouveret's syndrome, an unusual cause of duodenal obstruction.*

Pérez Naranjo P, Martín Mellado R, Garrido Márquez I

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

## RESUMEN

El síndrome de Bouveret constituye la variedad más infrecuente de íleo biliar y se describe en la literatura médica como una entidad poco común. Las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas y el diagnóstico puede ser tanto endoscópico como radiológico para detectar el cuadro de obstrucción intestinal de forma precoz y ser lo más conservadores posibles, siendo de elección la extracción endoscópica y si ésta fracasa la cirugía. A pesar de todo, la mortalidad en estos pacientes suele ser elevada ya que afecta preferentemente a pacientes ancianos con numerosas comorbilidades, de ahí que consideremos imperativo intentar solucionar el problema mediante técnicas menos agresivas.

Presentamos el caso de una paciente de reciente diagnóstico en nuestro hospital, cuyo diagnóstico fue de manera urgente mediante un TC abdominopélvico y tratada mediante enterostomía y extracción del cálculo.

### CORRESPONDENCIA

Paula Pérez Naranjo  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[paula.perez.naranjo@gmail.com](mailto:paula.perez.naranjo@gmail.com)

XREF

**Palabras clave:** íleo biliar, obstrucción intestinal, síndrome de bouveret.

## ABSTRACT

Bouveret syndrome is the rarest variety of gallstone ileus and is described in medical literature as a rare entity. Clinical manifestations are nonspecific and diagnosis can be both endoscopic and radiological in order to detect bowel obstruction at an early stage and be as conservative as possible. The endoscopic removal of the gallstone is the technique of choice and if it fails surgery is performed. Nevertheless, mortality in these patients is high as it mainly affects elderly patients with numerous comorbidities, hence we consider it imperative to try to solve the problem through less invasive techniques.

We present the case of a recently diagnosed patient in our hospital, whose diagnosis was urgently made by abdominal-pelvic CT and treated by enterostomy and stone extraction.

**Keywords:** gallstone ileus, intestinal obstruction, bouveret syndrome.

### CITA ESTE TRABAJO

Pérez Naranjo P, Martín Mellado R, Garrido Márquez I. Síndrome de Bouveret, una causa infrecuente de obstrucción duodenal. Cir Andal. 2021;32(1):78-80.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bouveret es una patología poco común y poco conocida que genera obstrucción del tracto de salida gástrico debido al paso de un cálculo biliar de gran tamaño a través de una fistula bilio-duodenal, con impactación del mismo en el duodeno que produce una obstrucción intestinal alta.

Presentamos el caso de una mujer con diagnóstico radiológico de urgencias de síndrome de Bouveret tras cuadro de 4 días de evolución de vómitos oscuros incoercibles.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 88 años que acude a Urgencias por cuadro de 4 días de evolución de vómitos incoercibles y dolor abdominal generalizado.

A la exploración se apreció abdomen doloroso en epigastrio irradiado a ambos flancos abdominales, asociado a vómitos oscuros y malolientes, con defensa voluntaria y sin signos de irritación peritoneal.

Análiticamente destacó una LDH mínimamente elevada de 283 U/l y PCR de 204 mg/dl. En el hemograma se observó una leucocitosis de 17.000 /mm<sup>3</sup> con neutrofilia (neutrófilos 90%). El resto de los parámetros analíticos estaban en rango de normalidad.

En la radiografía simple de abdomen se apreciaba discreta dilatación de la cámara gástrica sin otros hallazgos significativos.

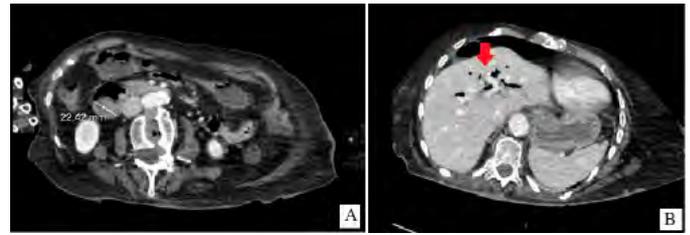
Ante la persistencia del cuadro clínico y la discordancia entre la historia clínica y la exploración clínica, se llevó a cabo de forma urgente una TC abdominopélvica con contraste intravenoso, visualizándose vesícula biliar contraída asociada a importante aerobilia, la cual parece estar en relación con la presencia de cálculo biliar enclavado en segunda porción duodenal de aproximadamente 22 mm, que condiciona una dilatación retrógrada del duodeno proximal y cámara gástrica. Estos hallazgos sugieren un cuadro de obstrucción intestinal por íleo biliar proximal, conocido como Síndrome de Bouveret, sin poder determinar en este estudio la presencia de fistula colecisto-entérica (Figura 1).

La paciente ingresó a cargo del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo que se intervino de forma urgente para resolver el cuadro de obstrucción mediante enterostomía y extracción del cálculo, lo cual evolucionó favorablemente siendo dada de alta a los 7 días tras la cirugía.

## DISCUSIÓN

El íleo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal causada por la impactación de uno o más cálculos biliares dentro de la luz intestinal.

El síndrome de Bouveret se trata de una patología infrecuente incluida en la definición de íleo biliar, secundario a la obstrucción duodenal debido al paso de un cálculo a través de una fistula colecistoduodenal que provoca la obstrucción del vaciamiento gástrico<sup>1,2</sup>.



**Figura 1**

TC abdominopélvica con contraste intravenoso yodado en fase portal. Las imágenes de TC muestran una litiasis biliar de 22 mm de eje mayor enclavada a nivel de la segunda porción duodenal (A) asociada a importante aerobilia (flecha roja) (B) que sugiere la existencia de una fistula colecistoduodenal.

Las fistulas biliodigestivas son una complicación muy rara de la coledocistitis que ocurre en menos del 1% de los pacientes, siendo la fistula colecistoduodenal la más frecuente con un 60% de los casos, en comparación con otras variantes como la colecistogástrica, colecistogástrica y coledocoduodenal<sup>2,3</sup>.

La formación de dichas fistulas se asocian a factores de riesgos tales como la larga historia de coledocistitis, los episodios de repetición de coledocistitis aguda, el tamaño de los cálculos (2-8 cm), el sexo femenino y la edad avanzada de los pacientes (más de 60 años)<sup>2,3</sup>.

La presentación clínica puede ser diferente e inespecífica, lo cual dificulta el diagnóstico. Por lo general, los síntomas comienzan de 5 a 7 días antes de la consulta médica con cuadro de náuseas, vómitos y dolor en epigastrio<sup>1,3</sup>, pudiendo presentarse también con fiebre, signos de deshidratación y pérdida de peso, siendo inusual la hematemesis secundaria a erosión de la arteria duodenal.

Dadas las manifestaciones clínicas, como hemos dicho inespecíficas, así como la edad avanzada de los pacientes, es de vital importancia realizar un correcto diagnóstico diferencial que incluya entre otras causas el cáncer gástrico y la estenosis péptica especialmente en mujeres mayores<sup>3</sup>.

Para su diagnóstico se ha descrito el uso de la radiografía abdominal, la serie gastroduodenal, el ultrasonido y la tomografía computarizada<sup>2</sup>. La técnica de imagen de elección es la TC que permite un diagnóstico hasta en un 75% de los casos, poniendo de manifiesto el grado de obstrucción, localización de la litiasis así como permite descartar complicaciones como colecciones o isquemia intestinal<sup>3</sup>.

El objetivo principal del tratamiento es extraer el cálculo biliar y resolución del cuadro de obstrucción, lo cual se puede llevar a cabo por vía endoscópica, quirúrgica o mediante el uso de otras técnicas, pero a medida que avanzan las tecnologías el objetivo es utilizar técnicas menos invasivas para disminuir la morbimortalidad de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz de la Hermosa A, Ortega-Domene P, Zarzosa-Hernández G, Seoane-González J.B. Bouveret's syndrome: An unusual cause of duodenal obstruction. Rev Gastroenterol Mex. 2016;81(1):55-61.

2. Madrigal Jimenez S, Herrera Mora G. Síndrome de Bouveret. Rev Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD. 2019; V.9 N.1: 7-10. ISSN-2215 2741.

3. Díaz Antonio T, Garrido Ruiz GD, Mirón Fernández I, Peñuela Ruiz L. Gastric outlet obstruction due to duodenal gallstone (Bouveret syndrome). CIR ESP. 2020; 98 (6): 358.