

DIAGNÓSTICO POR TC DEL SÍNDROME DE BOUVERET

M. Eisman-Hidalgo¹, Y. Núñez-Delgado¹, M.A. Valero-González²

¹Empresa Pública Hospital de Poniente. Almería.

²Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

El Síndrome de Bouveret es una forma infrecuente de íleo biliar, en el que la existencia de una fístula bilioentérica permite el paso de la litiasis al duodeno, impactándose a ese nivel y produciendo una obstrucción intestinal alta. Presentamos el caso de mujer diagnosticada de éste síndrome tras la realización de un TC abdominopélvico y realizamos revisión del tema y de las pruebas de imagen más útiles para su detección.

Palabras clave: Ileo biliar, Síndrome de Bouveret, obstrucción intestinal alta.

Abstract

Bouveret syndrome is a rare form of gallstone ileus, in which the existence of a bilioenteric fistula allows the passage of stones into the duodenum, impacting at that level and causing a high intestinal obstruction. We report the case of a woman diagnosed with this syndrome after performing an abdominopelvic CT scan. We review this subject and the most useful imaging tests for detection.

CORRESPONDENCIA

Macarena Eisman Hidalgo
Carretera de Almerimar S/N
04700 El Ejido, Almería
Teléfono móvil: 690885570

macarenaeisman@hotmail.com

Key words: Gallstone ileus, Bouveret syndrome, high intestinal obstruction.

Caso clínico

Se describen los hallazgos por imagen observados en una paciente de 65 años, que acudió a urgencias por un cuadro de vómitos oscuros y dolor abdominal generalizado, con ausencia de deposiciones desde los últimos cuatro días.

En la analítica destacaban una LDH mínimamente elevada (488 U/l), con un potasio sérico bajo (3,3mEq/l), y PCR de 0,76 mg/dl. En el hemograma se observó una discreta leucocitosis (12.200/mm³) con neutrofilia (neutrófilos 84%). El resto de los valores se mantenían dentro de la normalidad.

En la radiografía simple de abdomen se apreciaba gran dilatación gástrica con ausencia de gas en intestino distal.

Dado la no resolución del dolor y los vómitos pese a analgesia y colocación de sonda nasogástrica se decidió realización de TC abdominopélvico sin contraste intravenoso ni oral (**Figura 1**) donde se apreció una gran dilatación gástrica (estrella blanca), con importante contenido líquido a pesar de que la paciente portaba una sonda nasogástrica que se encontraba normoubicada. Igualmente se observaba dilatación duodenal, principalmente de la primera porción, y el resto del intestino distal se encontraba colapsado. En la segunda porción duodenal se observa una imagen de unos 44x27mm(APxT) intensamente calcificada en capas (flecha

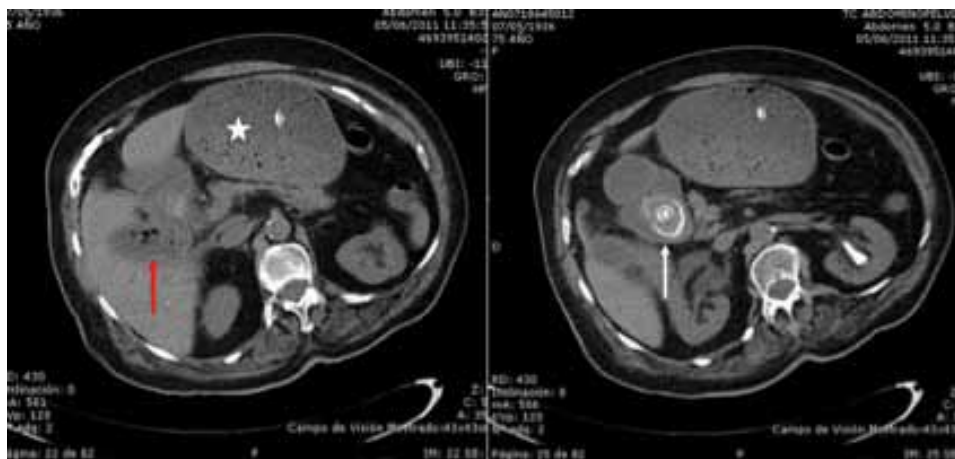


Figura 1

Imagen de TC donde se aprecia la litiasis duodenal (flecha blanca), la marcada distensión gástrica (estrella blanca), y la presencia de gas en la vesícula biliar (flecha roja) que sugiere la existencia de una fístula colecistoduodenal.

blanca) que ocupaba a ese nivel toda la luz intestinal. La vesícula biliar se encontraba levemente distendida con múltiples burbujas de gas intraluminales (flecha roja). No se observaba aire en la vía biliar intra o extrahepática.

Estos hallazgos son muy específicos de íleo biliar, específicamente de Síndrome de Bouveret. La paciente fue intervenida para resolver el cuadro obstructivo mediante piloroplastia y extracción del cálculo, tras lo cual evolucionó favorablemente.

Discusión

El íleo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal causada por la impactación de uno o más cálculos dentro de la luz intestinal. Supone el 1-4% del total de las oclusiones intestinales en el adulto. En la mayoría de los casos el cuadro obstructivo se produce en el íleon terminal (60%), seguido del íleon proximal (25%) y, de forma más rara, en el yeyuno (9%), sigma (4%) o el duodeno (2%)^{1, 2}.

El Síndrome de Bouveret es una forma especial de íleo biliar que consiste en la impactación del cálculo en la zona del píloro o duodeno, producida por una fístula colecistoduodenal^{1, 2}, que provoca la obstrucción del vaciamiento gástrico.

Afecta sobre todo a las mujeres¹⁻³, generalmente en pacientes ancianos, con enfermedades asociadas y afección biliar previa^{1, 2}.

Los síntomas varían desde una clara obstrucción intestinal alta, a sintomatología muy inespecífica², lo cual unido a su baja incidencia, conlleva con frecuencia una demora en el diagnóstico.

Ecográficamente también hay hallazgos sugestivos como la presencia de aerobilia y el signo del doble arco, consistente en

dos líneas hiperecogénicas, donde la externa se corresponde con la mucosa duodenal, y la interna con la superficie de la litiasis en el interior del duodeno acompañado de una sombra acústica posterior. Sin embargo este signo no es específico¹, y puede dar tanto falsos negativos (en caso de no ver la vesícula por estar colapsada, e interpretarse el doble arco como una litiasis vesicular), como falsos positivos (por presencia de gas en el interior del duodeno con engrosamiento mural).

Los hallazgos observados en el TC en el caso del Síndrome de Bouveret son muy específicos³. Además ponen de manifiesto el grado de obstrucción, muestra la localización exacta de la litiasis, descarta la existencia de complicaciones como la isquemia intestinal y realiza el diagnóstico diferencial con otras patologías.

El tratamiento normalmente es quirúrgico si bien la gastroscopia también puede ser útil confirmando el diagnóstico, y tratando de extraer o fragmentar la litiasis¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brooks Brennan G, Rosember M, Arora S. Bouveret Syndrome. *Radiographics* 2004; 24:1171-1175.
2. Schweiger F, Shinder R. Duodenal obstruction by a gallstone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic stone extraction: a case report and review. *Can J Gastroenterol* 1997; 11:493-496.
3. Singh A, Shirkhoda A, Lal N, Sagar P. Bouveret's Syndrome: Appearance en CT and upper gastrointestinal radiography before and after Stone obturation. *AJR* 2003; 181:828-830.