

# CAUSA INFRECUENTE DE ÍLEO BILIAR: SÍNDROME DE BOUVERET.

## BOUVERET'S SYNDROME: AN UNUSUAL CAUSE OF DUODENAL OBSTRUCTION.

Alcaide Lucena M, Zurita Saavedra MS, Hernández García MD, Mirón Pozo B

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

### Resumen

El Síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de íleo biliar manifestada como obstrucción gástrica secundaria al impacto de un cálculo en el duodeno, debido a una fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal. El tratamiento es quirúrgico, aunque existen controversias en la literatura en cuanto a resolver únicamente la obstrucción, o tratar en el mismo acto la fístula. Presentamos el caso de una paciente de 78 años tratada recientemente en nuestro centro.

**Palabras clave:** íleo biliar, litiasis, vesícula biliar, síndrome de Bouveret.

#### CORRESPONDENCIA

Miriam Alcaide Lucena  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[miriam.alcaide.lucena@gmail.com](mailto:miriam.alcaide.lucena@gmail.com)

Fecha de envío: 01/06/2020

Fecha de aceptación: 14/08/2020

### Abstract

Bouveret syndrome is a rare clinical entity, causing obstruction of gastric outflow. It is caused by the passage of gallstones from the gallbladder to the duodenum through a cholecystoduodenal or choledochoduodenal fistula. It has surgical treatment although there are controversies if only solve the obstruction, or repair the fistula in the same surgery.

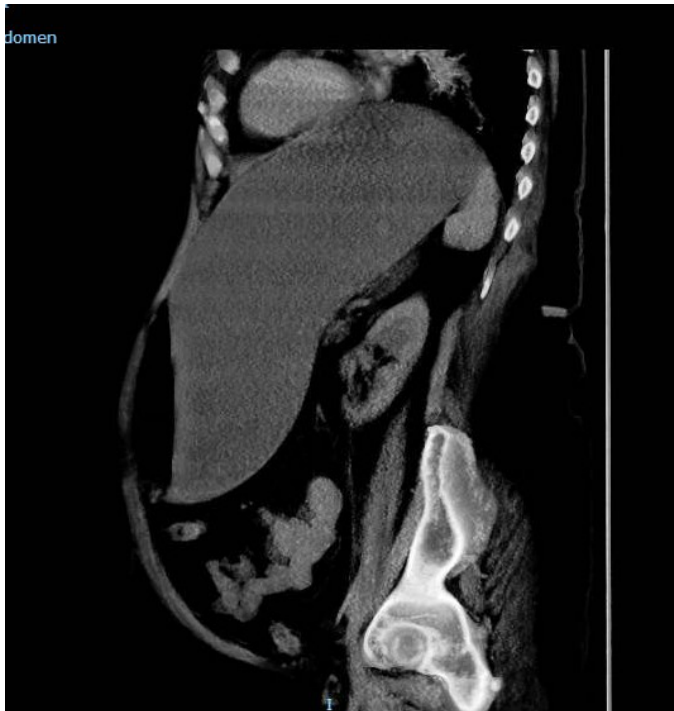
**Keywords:** Bouveret's syndrome, gallstone, gallstone ileus, gallbladder.

### Caso Clínico

Mujer de 78 años con antecedentes de fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, obesidad y cólicos biliares de repetición, que acude a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho de un mes de evolución, y vómitos ocasionales. Empeoramiento en las últimas 48 horas, con vómitos y ausencia de tránsito intestinal. Análítica con alcalosis metabólica hipopotasémica e hipoclorémica,

leucocitosis (17190 con 89% neutrófilos), y coagulación alterada por tratamiento con acenocumarol.

En la TAC evidenciamos dilatación gástrica severa de hasta 32 cm de eje craneocaudal con abundante contenido líquido (Figura 1), hasta la tercera porción duodenal donde se evidencia gran litiasis obstructiva (23x 35x23mm) (Figuras 2 y 3) Además aerobilia intrahepática moderada en radicales izquierdos con posible fístula colecistoduodenal (Figura 4).



**Figura 1**

Imagen de TAC abdominal con corte sagital donde encontramos una gran dilatación de estómago con un eje craneocaudal de hasta 32 cm, con abundante contenido líquido intragástrico. No se objetiva líquido libre.

Ante los hallazgos se realiza laparotomía exploradora urgente objetivando gran plastrón que incluye hígado, vesícula biliar, estómago, duodeno y colon, con cálculo pasado la segunda rodilla duodenal. Se realiza duodenotomía longitudinal con extracción del cálculo + duodenorrafia transversa.

Postoperatorio sin complicaciones, continúa asintomática al año de la intervención.

## Discusión

El Síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de íleo biliar (1-3%)<sup>1</sup> manifestada como obstrucción gástrica secundaria al impacto de un cálculo en el duodeno, debido a una fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal asociándose a cálculos de



**Figura 2**

Imagen de TAC abdominal en corte coronal donde podemos visualizar dilatación gástrica y duodenal con cálculo enclavado en tercera porción duodenal, justo pasada la segunda rodilla duodenal.



**Figura 3**

Imagen de TAC abdominal en corte axial que objetiva dilatación gástrica y cálculo que provoca obstrucción a nivel de la tercera porción duodenal, con un tamaño de unos 35x23 mm.

**Figura 4**

Corte axial de TAC abdominal que visualiza aerobilia moderada intrahepática a nivel de radicales izquierdos sobre todo.

## Bibliografía

1. Doycheva I, Limaye A, Suman A, Forsmark CE, Sultan S. Bouveret's syndrome: case report and review of the literature. *Gastroenterol Res Pract*. 2009;2009:914951. doi:10.1155/2009/914951
2. Koshariya M, Sharma S, Shringi U, Jain R. Bouveret's Syndrome: An Unusual Cause of Gastric Outlet Obstruction. *J. Transl. Med. Res* 2017;22(2):96-99 DOI: 10.21614/jtmr-22-2-121
3. Diaz T, Garrido G, Mirón I, Peñuela Obstrucción intestinal alta secundaria a cálculo impactado en duodeno (síndrome de Bouveret). *Cir Esp* 2019;98(6);358. DOI: 10.1016/j.ciresp.2019.07.010
4. Haddad F, Mansour W, Deeb L (March 10, 2018) Bouveret's Syndrome: Literature Review. *Cureus* 10(3): e2299. doi:10.7759/cureus.2299
5. Mavroeidis VK, Matthioudakis DI, Economou NK, Karanikas ID. Bouveret syndrome-the rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review. *Case Reports Surg*. 2013; 2013: 83937 doi:10.1155/2013/839370

gran tamaño. Los dos primeros casos fueron descritos por Léon Bouveret, en 1896. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada (a partir de los 70-75 años), como el caso que presentamos. Presenta una clínica inespecífica<sup>2</sup>, siendo los síntomas más frecuentes el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos<sup>3</sup>. La cirugía es el tratamiento de elección<sup>4</sup>. Existen controversias en cuanto a la técnica de elección, la extracción del cálculo con resolución del cuadro agudo y diferir la cirugía sobre la vesícula y la fístula en un segundo acto, o bien durante el mismo acto quirúrgico, que se recomienda cuando existe de manera concomitante colecistitis aguda o empiema de la vesícula biliar, o bien en aquellos pacientes de bajo riesgo sin distorsión anatómica de la vía biliar, siendo preferible considerar la colecistectomía y reparación de la fístula en un segundo tiempo en pacientes de alto riesgo, con mala situación clínica o comorbilidades graves<sup>5</sup>.