

Caso	(197) Síndrome de Bouveret: una causa poco conocida de obstrucción intestinal.
Autores	Eva María García Gámez, Manuel Alejandro Pérez Benítez, Amaro Luna Morales, Ramón De La Torre Colmenero, Leire Romero López, César Madrid López.
Centro	Hospital Universitario Puerto Real (cádiz)

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 85 años, con antecedentes personales de obesidad, HTA, DM tipo 2 e hipotiroidismo primario, que acude a urgencias por epigastralgia irradiada en cinturón a espalda de aproximadamente 2-3 semanas de evolución junto con hiporexia, náuseas y sensación de hinchazón abdominal de predominio postprandial.

A la exploración abdominal destaca abdomen globuloso con dolor a la palpación difusa, sin signos de irritación peritoneal.

La analítica revela leve leucocitosis con neutrofilia, patrón de colestasis y aumento de reactantes de fase aguda.

Dado el contexto clínico y parámetros analíticos se realiza ecografía abdominal y se complementa con TC abdominal con contraste intravenoso donde se aprecian signos de obstrucción intestinal alta secundaria a litiasis biliar ectópica impactada en segunda porción duodenal y fístula colecistoduodenal.

Se decide tratamiento quirúrgico dos días posteriores al diagnóstico tras desestimar litotricia percutánea con extracción de la litiasis, resección segmentaria de intestino delgado y anastomosis.

La evolución clínica es desfavorable constatándose el exitus a las dos semanas debido a un shock séptico secundario a sepsis abdominal por dehiscencia de la sutura.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Bouveret constituye una obstrucción intestinal mecánica y representa sólo el 10% de los casos de íleo biliar. Tiene predominio en mujeres (7:1) y es más frecuente en la 6ª-7ª década, existiendo frecuentemente historia previa de patología biliar litiásica.

Se origina por la migración de cálculos de gran tamaño a través de una fístula bilioduodenal desde la vesícula o colédoco al bulbo o la segunda porción duodenal donde quedan enclavados dando lugar a una obstrucción intestinal alta.

La clínica consta de vómitos postprandiales y dolor abdominal como síntomas más frecuentes. En un menor porcentaje se presenta como masa palpable en hipocondrio derecho o epigastrio. Se sospecha en casos de obstrucción intestinal alta en pacientes con antecedentes o síntomas de patología biliar.

En su diagnóstico la radiografía simple o TC se puede poner de manifiesto la triada de Rigler (obstrucción intestinal, aerobilia y litiasis biliar ectópica).

La ecografía puede detectar la fístula colecistoentérica, litiasis biliares residuales así como aerobilia y obstrucción intestinal alta.

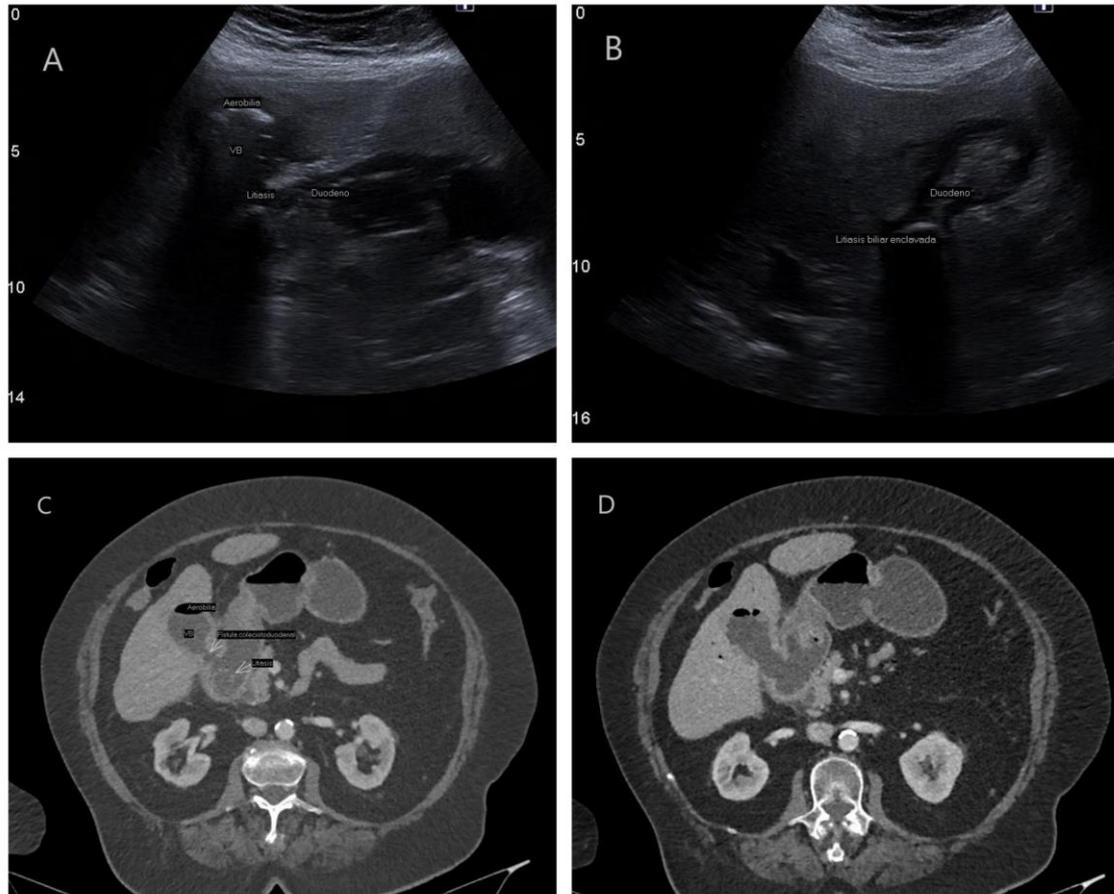
La endoscopia constituye un método ideal para su diagnóstico y tratamiento permitiendo la visualización y extracción de la litiasis, evitando la cirugía no exenta de complicaciones al tratarse de pacientes con alto riesgo quirúrgico debido a la edad y comorbilidad. Otros métodos menos cruentos son los tratamientos percutáneos como láser o litotricia. Cuando estos fracasan se opta por el tratamiento quirúrgico en uno o dos tiempos.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Bouveret es una causa de obstrucción intestinal poco conocida producida por la impactación en el duodeno de un cálculo biliar que migra a través de una fístula colecistoduodenal.

Debido a su baja prevalencia en muchas ocasiones es infradiagnosticado aumentando de este modo las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas.

El avance en los métodos diagnósticos y terapéuticos ha permitido una detección y tratamiento precoz de esta entidad aumentando las tasas de éxito y supervivencia.



A: En la imagen de ecografía se observa la vesícula biliar con gas en su interior, fístula colecistoduodenal y litiasis enclavada en el duodeno. B: Imagen de ecografía abdominal donde se identifica la litiasis biliar enclavada en la segunda porción duodenal. C: Corte axial de TC apreciándose la fístula colecistoduodenal, aerobilia y litiasis biliar ectópica localizada en la segunda porción duodenal. En la imagen D se aprecia la fístula colecistoduodenal y la dilatación retrógrada de duodeno y cámara gástrica incluida parcialmente, con contenido líquido formando un nivel hidroaéreo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salazar RM, Salazar EA. Síndrome de Bouveret. A propósito de un caso. Rev Med Hered. 1996;7:142-145.
2. Madrigal S, Herrera G. Síndrome de Bouveret. Revista clínica de la Escuela de Medicina. 2019;9:7-10.
3. Navarro-Del Río E, Hernández-Zúñiga JF. Bouveret's syndrome: a rarest complication of cholelithiasis. A case report and literature review. Cir Cir. 2020;88(1):95-99.