

<b>Caso</b>	(586) Sd bouveret como causa de obstrucción intestinal.
<b>Autores</b>	Teresa Fuente Yarnoz, Raquel Pérez Lázaro; M <sup>a</sup> .isabel Alaejos Pérez; Javier Cuello Ferrero; Eva Leonor De Sande Nacarino; Susana Bahamonde Cabria.
<b>Centro</b>	Hospital General Río Carrión – Caupa (centro Asistencial Universitario De Palencia).

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 76 años, con antecedentes de DM tipo 2 de larga data y resección anterior baja, secundaria a adenocarcinoma, en remisión completa mantenida. Acude al servicio de urgencias con dolor abdominal, distensión y vómitos. Ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal se realiza Rx abdominal, donde se observa dilatación de asas de delgado, completándose el estudio con TC. En este último se evidencia fístula bilioentérica (colecistoduodenal), sobre cambios de colecistitis crónica litiásica, neumobilia y obstrucción intestinal secundaria a litiasis en yeyuno (vacío izquierdo), en relación con íleo biliar.

## DISCUSIÓN

El íleo biliar alcanza un su incidencia máxima (25%) en la edad adulta, correspondiendo solamente al 4% de las causas de la obstrucción intestinal.

Las fístulas bilioentéricas ocurren solamente en un 1%, siendo las más frecuentes las colecistoduodenales, predisponiendo a éstas la colecistitis crónica, género femenino y edad avanzada. Cuando las litiasis son de gran tamaño (superiores a 2 cm) o se asocia la existencia de áreas de estenosis intestinales, se favorece la obstrucción intestinal, siendo su localización más frecuente el íleon terminal (60%), menos frecuente en yeyuno y colon e inusual en estómago y duodeno.

La radiografía abdominal tiene bajo valor diagnóstico, observando en un 20% de los casos la tríada de Rigler (obstrucción intestinal, neumobilia y cálculo biliar ectópico en asa de delgado).

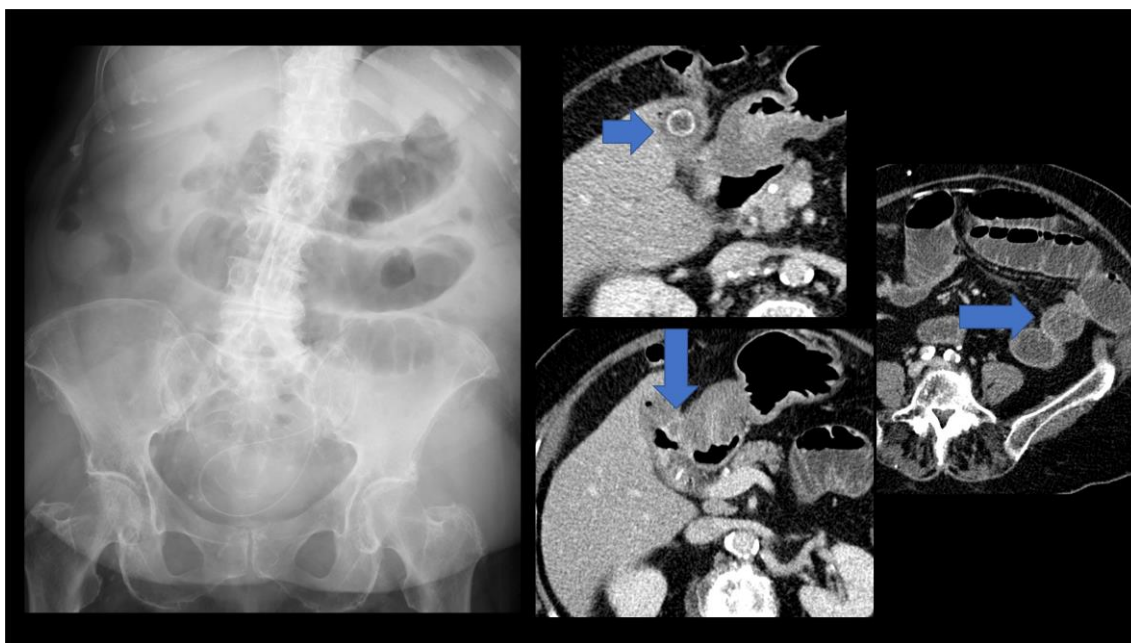
Su estudio de elección es el TC abdominal, identificando en un 70-80% de los casos la obstrucción intestinal, neumobilia y cálculo ectópico, así como la presencia de fístula bilioentérica, precisando en gran parte de los casos para ello el uso de contraste oral.

En su tratamiento, teniendo en cuenta las condiciones físicas del paciente, localización de la obstrucción y número de cálculos ectópicos, se utiliza la extracción del cálculo, vía endoscópica (si su tamaño es moderado y no está fragmentado) o bien, si ésta falla o está contraindicada, se realiza la enterotomía.

En nuestro caso se optó por enterotomía y extracción del cálculo, sin adición de colecistectomía, ni cierre de fístula, con resolución del cuadro clínica y buena evolución clínica posterior, sin recurrencias referidas y con cierre espontáneo de la fístula bilioentérica.

## CONCLUSIÓN

El Sd de Bouveret es una causa de obstrucción intestinal rara, secundaria a la impactación de un cálculo biliar en asa de delgado. La edad avanzada, el sexo femenino y los cambios crónicos inflamatorios vesiculares, predisponen al desarrollo de la fístula bilioentérica, como vehículo para el desplazamiento del cálculo biliar e impactación posterior en función de su tamaño o la existencia de estenosis de asas, considerando el TC como prueba de elección diagnóstica.



*Figura izquierda: Obstrucción intestinal, con distensión de asas de delgado. Figuras restantes, superior, inferior y derecha: Colelitiasis de gran tamaño, sobre cambios de colecistitis crónica; fístula bilioentérica con neumobilia y litiasis biliar (varias capas) en yeyuno (vacio izquierdo), constituyendo la tríada de Rigler.*

## BIBLIOGRAFÍA

- \* 1, Wissam Mansour 2, Liliane Deeb 1 Fady G Haddad. Bouveret's Syndrome: Literature Review. Cureus. 2018 Mar 10 10(3):e2299. doi: 10.7759/cureus.2299.
- \* G Brooks Brennan 1, Robert D Rosenberg, Sanjeev Arora. Bouveret syndrome. Radiographics. Jul-Aug 2004;24(4):1171-5. doi: 10.1148/rg.244035222.
- \* E Herbener 1, V Basile, D Nakamoto, H E Butler. Abdominal case of the day. Bouveret's syndrome. AJR Am J Roentgenol.. 1997 Jul;169(1):250, 252-3. doi: 10.2214/ajr.169.1.9207534.