

Caso	(660) Hallazgos radiológicos en el síndrome de bouveret
Autores	Carmen Sánchez García, Josefa Rocío Cisternas Bittencourt, Blas Ramos Alcaraz, Laura Cristobal Sáez, Francisco Trucco Espinosa
Centro	Hospital Universitario Son Llátzer

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 70 años que consulta en urgencias por vómitos oscuros de 24 horas de evolución asociados a epigastralgia. Como antecedente, presentó dos años atrás colecistitis aguda litiásica complicada con absceso hepático, manejados mediante antibioterapia y drenaje percutáneo.

A la exploración destaca dolor a la palpación en epigastrio. Analíticamente presenta leucocitosis ($16.80 \times 10^9/L$) con neutrofilia, PCR de 44.1 mg/L, GGT elevada de 240 U/L y FA 171 U/L.

Con sospecha clínica de colecistitis aguda se solicita ecografía abdominal, que evidencia estómago distendido con abundante contenido líquido y mala visualización de la vesícula, sin lograr identificar la litiasis de 3 cm descrita en estudios previos. Ante la sospecha de migración de la litiasis se decide completar la valoración mediante TC sin contraste (debido a enfermedad renal crónica).

La TC confirma estómago de retención secundario a presencia de litiasis enclavada en bulbo duodenal, adyacente a vesícula biliar poco distendida y con aire en su interior, hallazgos sugestivos de fístula entero-biliar, produciendo un síndrome de Bouveret.

Se inicia tratamiento médico y se realiza gastroscopia que demuestra la litiasis enclavada en el bulbo duodenal, que fue extraída mediante esta técnica, y confirma el orificio fistuloso en región post-pilórica. Además, se evidencia esofagitis severa con restos hemáticos en estómago, en relación con hemorragia digestiva alta secundaria a los episodios eméticos.

DISCUSIÓN

El síndrome de Bouveret es un tipo de íleo biliar muy poco frecuente que consiste en la obstrucción gástrica secundaria al enclavamiento de un cálculo biliar en píloro o en duodeno proximal debido a la presencia de una fístula colecisto-entérica.

Suele producirse en pacientes de edad avanzada y elevada comorbilidad, con cierto predominio en mujeres. Clínicamente la sintomatología es inespecífica, con presencia de vómitos, náuseas y dolor epigástrico como síntomas más frecuentes, por lo cual puede confundirse con colecistitis aguda. En gran parte de las ocasiones hay ausencia de patología biliar conocida en estos pacientes. Debido a todo esto, el diagnóstico puede ser tardío y la mortalidad elevada.

La complicación más frecuente son las alteraciones hidroelectrolíticas secundarias a los vómitos. En casos severos puede producirse hemorragia digestiva alta y/o perforación.

El diagnóstico radiológico incluye:

- Demostración de la litiasis ectópica.
- Obstrucción de la vía digestiva, en este caso a nivel gástrico.
- Aerobilia.

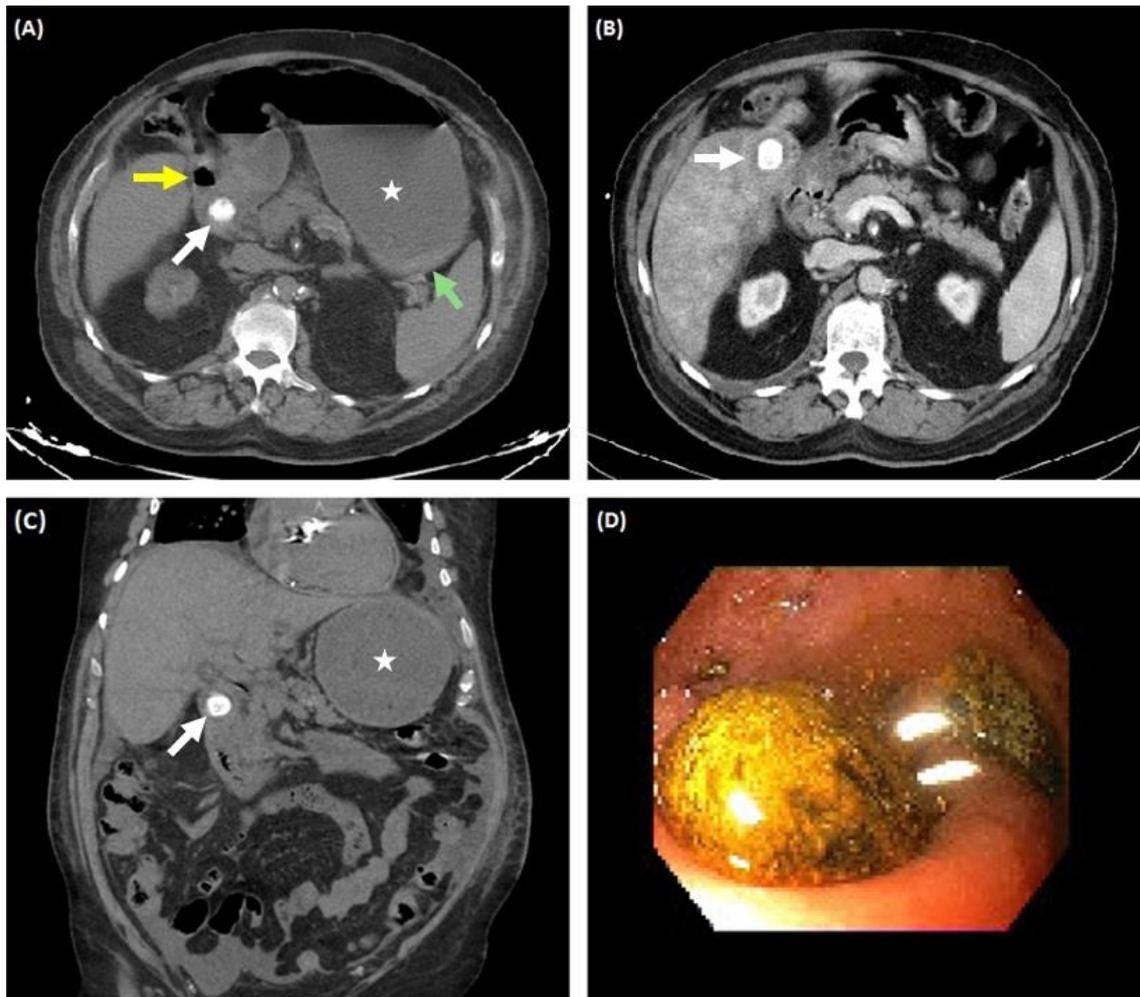
Clásicamente, estos tres elementos constituyen la tríada de Rigler, si bien no siempre están presentes todos ellos al diagnóstico. Estos signos pueden visualizarse mediante ecografía, TC o incluso radiografía simple, siendo la TC con contraste intravenoso la técnica de elección por su rapidez, disponibilidad y su alta sensibilidad para localizar las litiasis ectópicas, las cuales no siempre son visibles.

El tratamiento inicial está orientado al episodio agudo, a la resolución de la obstrucción, lo cual suele realizarse mediante extracción endoscópica de la litiasis. La resolución quirúrgica de la patología biliar en muchas ocasiones no es posible debido al perfil habitual de estos pacientes, de avanzada edad y elevada comorbilidad.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Bouveret es una patología infrecuente que a menudo tiene un diagnóstico tardío y mortalidad elevada debido a su baja sospecha diagnóstica y sintomatología inespecífica. Es por ello importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de la obstrucción gástrica, incluso si el paciente no tiene antecedentes de patología biliar conocida, especialmente en ancianos.

El diagnóstico radiológico se basa en la detección de los signos de la tríada de Rigler, siendo la TC con contraste intravenoso la técnica de elección para su detección.



Imágenes A y C. TC abdominal sin contraste en planos axial y coronal. Litiasis de 3 cm localizada en bulbo duodenal (flecha blanca) que condiciona dilatación de la cámara gástrica (estrella) en relación con estómago de retención. Nivel líquido-líquido (flecha verde) en cámara gástrica, hiperdenso, correspondiente a restos hemáticos (visualizados en gastroscopia). Vesícula colapsada con presencia de aire en su interior (flecha amarilla), en relación con aerobilia, y de localización adyacente al bulbo duodenal. Imagen B. TC abdominal con contraste i.v. en plano axial, realizado el año previo al episodio actual. Litiasis localizada en vesícula biliar (flecha blanca), que presenta cambios inflamatorios. Imagen D. Fotografía endoscópica en la que se visualiza la litiasis impactada en bulbo duodenal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. Radiographics. 24 (4): 1171-5.
2. Ruiz de la Hermosa A, Ortega-Domene P, Zarzosa-Hernández G, Seoane-González JB. Síndrome de Bouveret, una causa infrecuente de obstrucción duodenal. Revista de Gastroenterología de México. 2016;81:55-56.
3. Singh AK, Shirkhoda A, Lal N et-al. Bouveret's syndrome: appearance on CT and upper gastrointestinal radiography before and after stone obturation. AJR Am J Roentgenol. 2003;181 (3): 828-30.