

|         |  |
|---------|--|
| Caso    | (806) Síndrome de Bouveret, una rara causa de obstrucción intestinal                               |
| Autores | Pedro Pablo Farias , Rosa Piqueras, Marialaura Mena, Mónica Ballesta, Sara Brugger, Pilar Estelles |
| Centro  | Hospital La Fe   |

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 89 años con cuadro de un mes de epigastralgia, distensión abdominal, náuseas, vómitos ocasionales, pérdida de peso e ictericia intermitente de resolución espontánea. No fiebre.

Examen físico: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho donde se palpa gran masa.

Analítica: leucocitos: 21.000, PCR: 257, amilasa y bilirrubina normal.

Rx de abdomen: colelitiasis de centro radiolúcido en dudosa posición ectópica.

Ecografía abdominal: gran colección en lóbulo hepático izquierdo, neumobilia y litiasis en localización ectópica.

TC abdominopélvico con contraste i.v: gran colección en hipocondrio izquierdo y lecho vesicular. Neumobilia por fístula enterobiliar y migración de litiasis a piloro-primer porción duodenal con distensión retrógrada moderada.

Evolución:

La paciente es ingresada para extracción de litiasis mediante endoscopia consiguiendo de forma parcial con migración de una de ellas a sigma sin complicaciones posteriores. Se realiza además drenaje percutáneo de colección hepática con favorable evolución.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Bouveret es una forma poco frecuente de íleo biliar causada por el paso y la impactación de un cálculo biliar a través de una fístula bilioentérica en el duodeno o canal pilórico, lo que resulta en la obstrucción de la salida gástrica. Fue descrito por primera vez en 1841 por Bonnet y posteriormente en 1896 por León Bouveret. El íleo biliar es responsable del 1-4 % de todos los casos de obstrucción del intestino delgado, llegando hasta un 25 % en pacientes mayores de 65 años. La localización más frecuente es en íleon terminal (60 %), seguido del íleon medio-yeyuno (20-40%), colon y finalmente estómago y duodeno en 1-3 % de los casos. Tiene un claro predominio en mujeres con una proporción 1:3-4 respecto a hombres, con una edad media de 70-75 años, y debido a un único cálculo biliar grande (>90 %)

El cuadro clínico es inespecífico y diverso con manifestaciones que pueden ser agudas, crónicas o intermitentes. Los síntomas más frecuentes son dolor en hipocondrio derecho/epigastrio, náuseas, vómitos y pérdida de peso. En casos aún

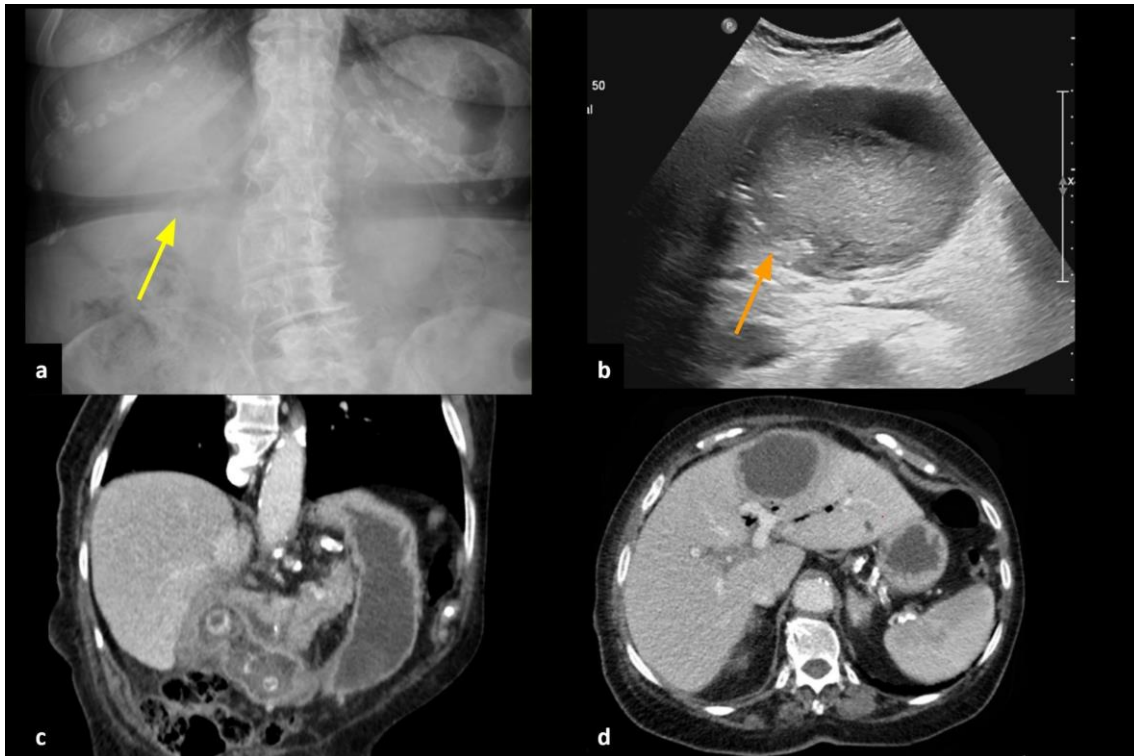
más inusuales se ha reportado hematemesis, como consecuencia de erosiones de arteria celíaca o duodena.

La sospecha clínica es fundamental para llegar al diagnóstico. La radiografía simple de abdomen es diagnóstica sólo en el 21% (triada de Rigler: obstrucción del intestino delgado, neumobilia y cálculo biliar ectópico). La TC es el método diagnóstico de elección para confirmación del diagnóstico como para valoración de complicaciones asociadas.

Su tratamiento es controvertido pero se suele preferir el menos invasivo como son la extracción endoscópica y el tratamiento por radiología intervencionista de las complicaciones (abscesos, hemorragias, etc).

## **CONCLUSIÓN**

El síndrome de Bouveret es una forma poco frecuente de íleo biliar. Su presentación clínica es inespecífica con predominio en mujeres mayores. Su morbimortalidad es alta por el retraso diagnóstico y las comorbilidades que acompañan a este grupo etario, por lo que la sospecha clínica es fundamental para llegar al diagnóstico. La triada de Rigler solo se presenta en un 21% en radiografía simple por lo que la TC es la modalidad de imagen para el diagnóstico y valoración de posibles complicaciones. Su tratamiento es controvertido pero dada las características de estos pacientes se prefiere un tratamiento lo menos invasivo posible.



*(a) Radiografía simple de abdomen que muestra sutil imagen radioopaca redondeada con centro radiolúcido en hipocondrio derecho de dudosa posición ectópica (flecha). (b) Ecografía en modo B que muestra voluminosa colección en lóbulo hepático izquierdo con aire en su interior. (c y d) TC abdominal con contraste i.v con reconstrucción coronal oblicua y transversal donde se objetiva al menos tres litiasis en píloro-primera porción duodenal con discreta distensión retrógrada, neumobilia y la colección hepática identificada previamente en ecografía*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cappell, M. S., & Davis, M. (2006). Characterization of Bouveret's Syndrome: A Comprehensive Review of 128 Cases. *The American Journal of Gastroenterology*, 101(9), 2139-2146. doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00645.X
2. Fancellu, A., Niolu, P., Scanu, A. M., Feo, C. F., Ginesu, G. C., & Barmina, M. L. (2009). A Rare Variant of Gallstone Ileus: Bouveret's Syndrome. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 14(4), 753-755. doi:10.1007/s11605-009-0918-3.
3. Doycheva, I., Limaye, A., Suman, A., Forsmark, C. E., & Sultan, S. (2009). Bouveret's Syndrome: Case Report and Review of the Literature. *Gastroenterology Research and Practice*, 2009, 1-4. doi:10.1155/2009/914951
4. Brennan, G. B., Rosenberg, R. D., & Arora, S. (2004). Bouveret Syndrome. *RadioGraphics*, 24(4), 1171-1175. doi:10.1148/rg.244035222