



Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSN: 0443-5117

revista.medica@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social  
México

Avilés, Luis Franco; Arce-Guridi, Hector Tonalli; Mercado, Ulises  
Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar  
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 54, núm. 4, julio-agosto,  
2016, pp. 536-538  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457755024018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar

Luis Franco Avilés,<sup>a</sup> Hector Tonalli Arce-Guridi,<sup>a</sup> Ulises Mercado<sup>a</sup>

## Bouveret's syndrome: A rare presentation of gallstone ileus

**Background:** Bouveret's syndrome is defined as gastric outlet obstruction caused by duodenal impaction of a gallstone which passes into the duodenal bulb through a cholecystoduodenal fistula.

We reported the case of a 46-year-old woman who presented intermittent epigastric pain, nausea, vomiting, and weight loss of 2-months duration. The patient admitted alcohol and methamphetamine abuse. She had not fever, dehydration or jaundice. Amylase, electrolytes, enzymes, and creatinine level were within normal limits. Seven months previously she was seen in the emergency department for acute cholecystitis. In that occasion, an abdominal ultrasound was reported with cholelithiasis without dilatation of the intra/extra-hepatic bile duct. Abdominal plain radiographs showed no relevant findings. A laparoscopic surgery was performed. During the procedure a sub-hepatic plastron with firm adhesions was found. The gallbladder was found attached to the duodenal bulb and an impacted calculus in the duodenum. The procedure was converted to surgery. Surgeon decided to perform a Bilroth 1 as the best choice. Seven days later, she was discharged.

**Conclusion:** The clinical manifestations of the Bouveret's syndrome are nonspecific. Preoperative diagnosis is a challenge for clinicians because of the rarity of this condition. Treatment must be individualized.

Keywords	Palabras clave
Gallbladder	Vesícula biliar
Gallstones	Cálculos biliares
Bile duct diseases	Enfermedades de los conductos biliares

El síndrome de Bouveret (SB) es una rara variante de íleo biliar, causado por el paso e impactación de un cálculo en el píloro o duodeno, después de pasar a través de una fistula colecistoduodenal, resultando en obstrucción a la salida gástrica. Seis factores de riesgo intervienen en la formación del SB: 1) la historia de coledocistitis; 2) los episodios repetidos de colecistitis; 3) el sexo femenino; 4) edad mayor de 60 años; 5) comorbilidad, y 6) cálculos biliares mayores de 2.5 cm de diámetro.<sup>1</sup>

De acuerdo con la literatura médica, hubo descripciones previas de lo que hoy conocemos como SB. En 1896, el médico francés Léon Bouveret informó los casos de dos pacientes con estenosis del píloro adherido a la vesícula. Este síndrome ocurre en el 1-3 % de los casos de íleo biliar.<sup>1</sup> Nosotros presentamos el caso de una mujer joven quien acudió a este hospital con cólico biliar, sin datos de irritación peritoneal o de dilatación gástrica. Se realizó colecistectomía laparoscópica, pero la presencia de plastrón subhepático obligó a exploración abierta.

## Presentación del caso

Mujer de 46 años de edad que se presentó a Urgencias en septiembre de 2013 por dolor abdominal intermitente, de 3 meses de duración, así como náuseas, vómitos y pérdida de peso. Era alcohólica y abusaba de metanfetaminas. El examen reveló dolor abdominal difuso sin datos de irritación peritoneal. Los resultados de laboratorio, que incluyeron: enzimas, amilasa, creatinina sérica y electrolitos, fueron normales. El US abdominal fue reportado como cálculo vesicular sin dilatación de vías biliares (figura 1). Las radiografías simples de abdomen no fueron de utilidad diagnóstica. Recibió líquidos intravenosos y antiespasmódicos y fue egresada por alta voluntaria. Acudió a la consulta externa en marzo de 2014 por cólico biliar con el antecedente de ingerir alimentos colecistoquinéticos. Se programó para cirugía laparoscópica electiva. Durante la cirugía se encontraron múltiples adherencias, dificultando el procedimiento, por lo que se decidió cirugía abierta. Se encontró un plastrón formado por una

<sup>a</sup>Hospital General de Mexicali, ISESALUD

<sup>a</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Baja California Campus Mexicali

Mexicali, Baja California, México

Comunicación con: Ulises Mercado

Correo electrónico: dr\_omr\_2012@yahoo.com

Recibido: 05/02/2015

Aceptado: 25/03/2015

**Introducción:** el síndrome de Bouveret se caracteriza por una obstrucción de la salida gástrica, causado por un cálculo en el bulbo duodenal, después de pasar a través de una fistula colecistoduodenal.

Reportamos el caso clínico de una mujer de 46 años de edad, quien se presentó con dolor epigástrico intermitente, náusea, vómito y pérdida de peso de 2 meses de duración. No tenía fiebre, deshidratación o ictericia. La paciente admitió uso de alcohol y abuso de metanfetamina. La amilasa, enzimas, electrolitos y creatinina estuvieron dentro de los límites normales. Siete meses antes había ingresado a Urgencias por colecistitis aguda. El ultrasonido fue reportado como colelitiasis sin dilatación de la vía biliar intra/extrahepática. Las radio-

grafías simples de abdomen no mostraron hallazgos relevantes. Recibió tratamiento conservador y fue egresada. Se programó para cirugía laparoscópica. Durante el procedimiento se encontró un plastrón subhepático con adherencias firmes, por lo que se efectuó cirugía abierta. La vesícula se encontró adherida al bulbo duodenal y un cálculo impactado en el duodeno. Se removió el cálculo por enterotomía. Había leve distensión gástrica. Debido a la inflamación regional, el cirujano decidió efectuar Bilroth 1; no hubo complicaciones.

**Conclusiones:** las manifestaciones clínicas del síndrome de Bouveret son inespecíficas. El diagnóstico preoperatorio es un desafío para el clínico por la rareza del padecimiento. El tratamiento debe individualizarse.

## Resumen

vesícula escleroatrófica, epiplón y duodeno con adherencias firmes. Al reconocer el cístico se realizó una colangiografía, encontrando una vía biliar normal. Había leve distensión gástrica. Se practicó una incisión de 6 cm que abarcó la primera porción del duodeno y píloro, así como 2 cm de estómago, observando un cálculo de 2.5 cm, el cual fue extraído (figura 2). Debido al gran proceso inflamatorio, se valoró el riesgo de fistulización por la sutura, por lo que se decide resección de antro, píloro y 2-3 cm de la primera porción de duodeno con una anastomosis tipo Bilroth 1. La paciente fue egresada en buenas condiciones.

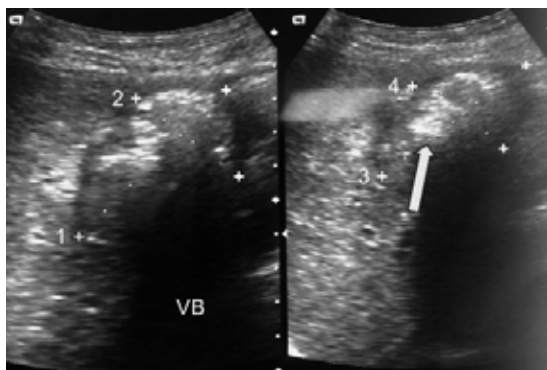
## Discusión

El SB rara vez se documenta en la literatura médica. En 2006, Cappell y Davis<sup>2</sup> identificaron 128 casos de SB de la literatura mundial. El promedio de edad fue  $74 \pm 11$  años, predominio en mujeres; náusea y vómito se presentaron en el 87 %, dolor abdominal

en el 71 % y pérdida de peso en el 14 %. En nuestro país solo se encontraron 4 casos aislados que fueron reportados entre 2004 a 2014.<sup>3-6</sup> El promedio de edad fue de 68.7 años, rango 52 a 83. En tres de los casos, el diagnóstico fue hecho por endoscopia y serie EGD, sin embargo, terminaron en cirugía abierta. En el cuarto caso, la sola cirugía laparoscópica fue exitosa.

Noriega-Maldonado *et al.*<sup>7</sup> revisaron los casos de colecistectomía y obstrucción intestinal en un periodo de tres años. Los autores encontraron 1054 casos de colecistectomía, y 189 casos de obstrucción intestinal en varios grupos de edad; de estos, siete (3.7 %) tuvieron obstrucción intestinal. En el yeyuno, dos casos; en el íleon, cuatro casos, y en el duodeno, un caso. En los siete casos, el diagnóstico se hizo en el preoperatorio (en cinco casos con base en los hallazgos de la radiografía simple de abdomen).

Nuestra paciente es una mujer joven, con historia de colecistitis crónica litiasica, alcoholismo y uso de drogas, sin datos de obstrucción completa a la salida



**Figura 1** Se observa hacia topografía vesicular un eco intenso, el cual condiciona sombra posterior; se mide esta formación piriforme, siendo de 61.4 mm x 36 mm. Además, observamos ecos suaves que no producen sombra en relación a lodo biliar



**Figura 2** Se llevó a cabo una incisión de 6 cm que abarcó la primera porción del duodeno y píloro, así como 2 cm de estómago, observando un cálculo de 2.5 cm, el cual fue extraído

gástrica, dilatación gástrica o deshidratación, y con un cuadro clínico de varias semanas. Las radiografías simples de abdomen no fueron de ayuda. El reporte radiológico fue de cálculo en la vesícula, cuando en realidad estaba en el duodeno; por lo tanto, no se pudo establecer el diagnóstico preoperatorio de SB. Sin embargo, la triada clásica de Rigler (neumobilia, lito ectópico calcificado y obstrucción intestinal pequeña) está presente en solo 30 a 50 % de los casos.<sup>8,9</sup>

Existen varias alternativas en el manejo del SB, pero son controversiales. La mayoría de los repor-

tes son aislados con un máximo de cinco casos,<sup>10</sup> y no pueden hacerse conclusiones. El tratamiento debe individualizarse, en ancianos las alternativas son aquellas menos invasivas.

**Declaración de conflicto de interés:** los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

## Referencias

1. Doycheva I, Limaye A, Suman A, Forsmark CE. Bouveret's syndrome: case report and review of the literature. *Gastroenterol Res Prac* 2009;2009:1-4
2. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2139-46.
3. Lopez-Martinez JA, Delgado-Carlo MM, Palacio-Vélez F, Arenas-Espino G, Granjo-Posada E, Senado-Lara I et al. Síndrome de Bouveret. Reporte de un caso. *CirCiruj* 2004;72:317-22.
4. Baez-García JJ, Martínez-Hernández-MP, Iriarte-Gallego G. Síndrome de Bouveret: reporte de un caso. *Rev Gastro enterol Mex* 2009;74:118-121.
5. Sotelo-Estévez JC, Herrera Millón H, Santos Manzur A. Síndrome de Bouveret: manejo laparoscópico. *AnMed (Mex)* 2013;58:276-80.
6. Benitez-TressFaez MP, Cerecedo-Rodríguez J, Alanís-Monroy E, Figueroa-Barojas P, Granados-Canseco E, Hernández-Trejo A et al. Obstrucción de la salida gástrica secundario a fistula colecistoduodenal (síndrome de Bouveret): reporte de un caso. *Endoscopia* 2014;26: 56-58.
7. Noriega-Maldonado O, Bernal-Mendoza LM, Rivera-Nava JC, Guevara-Torres L. Ileo biliar. *CirCiruj* 2005;73: 443-448.
8. 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;2013:1-6.
9. Gajendran M, Muniraj T, Gelrud A. A challenging case of gastric outlet obstruction (Bouveret's syndrome). *J Med Case Reports* 2011;5:1-4.
10. Rodríguez-Hermosa JI, Roig J, Girones J, Codina-Cazador A, Hombrados M. Síndrome de Bouveret: descripción de 5 casos. *CirEsp* 2004;76:256-60.