CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):641

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

# P-268 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VERSUS ENDOSCÓPICO DEL SÍNDROME DE BOUVERET. REGISTRO DE 4 CASOS

*Sugrañes Naval, Gemma[1]; Coroleu Lletget, David[2]; Ribera Serra, Carles[1]; Borràs Marcet, Joan[2]; Muñoz Muñoz, Emilio[3]; Alarcón Alcaraz, Mar[1]; Espinós, Jorge Carlos[3]; Rius Macías, Josep[1]*

*[1]Fundació Hospital Sant Joan de Déu, Martorell; [2]Hospital de Barcelona-SCIAS, Barcelona; [3]Hospital Mutua, Terrassa.*

## Resumen

**Introducción:** El síndrome de Bouveret es un tipo de íleo biliar poco frecuente, del cual sólo se han descrito 300 casos en la literatura mundial. Consiste en la impactación de un cálculo en la región píloro-duodenal, a consecuencia de una fístula bilioentérica. Debemos sospecharlo ante una Rx con dilatación gástrica, aerobilia y cálculos biliares ectópicos (tríada de Rigler). Dada la rareza de la entidad, presentamos 4 casos detectados en nuestro hospital. Hemos revisado nuestra casuística de sd. de Bouveret en la última década y hemos detectado 4 casos que se exponen a continuación.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 70 años, ASA II, que consulta por dolor epigástrico y vómitos. Exploración: bazuqueo gástrico sin peritonismo. Rx abdomen: distensión gástrica. Analítica: hiperamilasemia sin leucocitosis. Ecografía: colelitiasis + colecistitis aguda. TC abdominal: conglomerado litiásico que comprime la región píloro-duodenal, la cual muestra paredes engrosadas con distensión de cámara gástrica y aerobilia. FGS (hasta D2): cálculo fragmentado en dos, uno impactado en píloro y otro libre. Se fragmentaron ambos con litotriptor y se extrajeron. Se apreció un bulbo duodenal inflamatorio con úlcera y fístula. Correcta evolución clínica, tolerando la ingesta oral y alta al tercer día. Caso 2: mujer de 79 años, ASA III, que consulta por dolor abdominal y vómitos de 15 días. Exploración: signos de deshidratación y dolor en epigastrio. RX abdomen: cálculo en HCD. Aerobilia. Analítica: leucocitosis y elevación de cr y urea. ECO y TC abdominal: aerobilia y cálculo de 5 × 4 cm en región píloro-duodenal + distensión de cámara gástrica. Laparotomía exploradora: antro-píloro-duodenotomía y extracción del cálculo. Cierre enteral. Postoperatorio: íleo paralítico. TEGD sin evidencia de fugas. Alta al 15º día postoperatorio. Caso 3: mujer de 69 años, ASA III, que consulta por vómitos y diarrea. Exploración: signos de deshidratación y dolor en epigastrio. Rx abdomen: imagen cálcica en HCD. Distensión gástrica. TC abdomen: aerobilia y cálculo enclavado en bulbo duodenal. Distensión gástrica. FGS: intento fallido de extracción del cálculo con propulsión del mismo hacia ángulo de Treitz. Laparotomía exploradora: duodenotomía y extracción del cálculo. Alta al 6º día. Caso 4: mujer de 79 años, ASA II, que consulta por vómitos. Rx abdomen: distensión gástrica y gran cálculo en HCD. TC abdominal: gran cálculo migrado a duodeno. Fístula colecistoduodenal. Aerobilia. FGS: intento fallido de extracción del cálculo. Laparotomía subcostal, antrototomía y extracción de cálculo. Alta a las 3 semanas.

**Discusión:** El sd. Bouveret se presenta con clínica inespecífica de malestar epigástrico y vómitos. Suele ocurrir en mujeres de edad avanzada con comorbilidad asociada y la TC abdominal suele

confirmar el diagnóstico. El tratamiento clásico es quirúrgico (enterotomía, extracción del cálculo sin colecistectomía) y sólo ocasionalmente puede ser endoscópico. Es esencial el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones graves.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados