

# Cartas al director



## Síndrome de Bouveret

### Sr. Director:

El síndrome de Bouveret es una enfermedad infrecuente manifestada como obstrucción gástrica secundaria al impacto de un cálculo en el bulbo duodenal. Se trata de una forma poco frecuente de íleo biliar con una clínica inespecífica, con náuseas, dolor epigástrico y en ocasiones hay una afección biliar conocida. Se llega al diagnóstico mediante la radiología. Se proponen 2 pautas de actuación: la simple extracción del cálculo o la asociación de colecistectomía y cierre de la fístula biliodigestiva. Presentamos 2 casos:

**Caso 1.** Mujer de 63 años, con colecistitis previa que ingresa por epigastralgia y vómitos, y evidencia una estenosis posbulbar en la endoscopia. En el tránsito esofagogastroduodenal (TEGD) se evidencia litiasis que obstruye el duodeno (fig. 1). En la intervención se halla plastrón y se practica gastrotomía y extracción del cálculo posponiendo la colecistectomía.

**Caso 2.** Mujer de 68 años, con hiperglucemias, que acude por epigastralgia y vómitos. En la exploración destaca un abdomen timpánico con bazuqueo gástrico. En la radiografía se observa aerobilia, cálculo radioopaco y dilatación gástrica (fig. 2). Se interviene y se practica duodenotomía con extracción del cálculo.

En conclusión, el síndrome de Bouveret es una entidad rara; se trata de un íleo biliar en el cual el cálculo se aloja en el bulbo y causa obstrucción gástrica. Representa del 1 al 3% de todos los casos de íleo biliar, y llega al 10% en alguna serie japonesa<sup>1</sup>. En esta entidad se establece un fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal. Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas<sup>2</sup>. El tratamiento quirúrgico sigue siendo un tema controvertido<sup>3</sup>. La con-

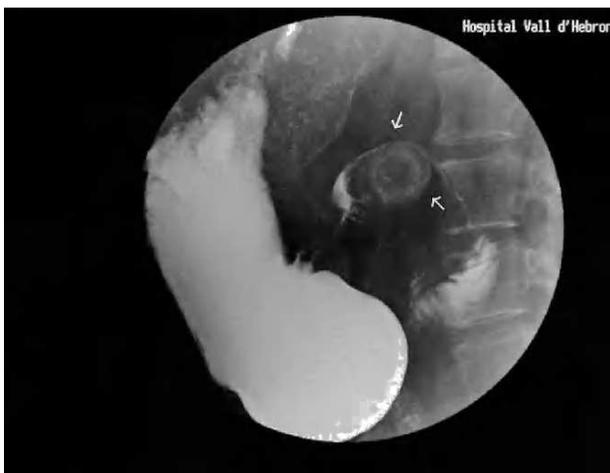


Fig 1. Tránsito que muestra el cálculo impactado en el bulbo duodenal.



Fig 2. Radiografía simple: aerobilia y cálculo opaco.

ducta terapéutica debería individualizarse en función de los hallazgos, las condiciones clínicas del paciente y la experiencia del cirujano<sup>4</sup>.

**Sandra Castro<sup>a</sup>, Antoni Nadal<sup>a</sup>, Sara Puerta<sup>a</sup>, Vicente Zanón<sup>a</sup>, Ramón Boqué<sup>a</sup>, Jordi Pradell<sup>a</sup>, Juan Antonio Baena<sup>b</sup> y Manel Armengol<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía Esofagogastrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Unidad de Cirugía Endocrina. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

### Bibliografía

1. Kasahara Y, Umemura H, Shiraka S, et al. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the japanese literature. *Am J Surg.* 1990;140:437-40.
2. Soría F, Cortés JA, Ochoa R, et al. El síndrome de Bouveret. Descripción de tres nuevos casos. *Cir Esp.* 1995;58:454-7.
3. Palomo JM, Castro A, Miguel R, et al. Síndrome de Bouveret. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Enferm Dig.* 1999;91:314-5.
4. Van Dam J, Steiger E, Sivak MV Jr. Giant duodenal gallstone presenting as gastric outlet obstruction: Bouveret's syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 1992;15:150-3.