

## Síndrome de Bouveret. A propósito de un caso

M. R. Sánchez Sánchez, F. Bouzón Caamaño, G. Carreño Villarreal, R. A. Alonso Blanco,  
M. A. Galarraga Gay y R. Álvarez Obregón  
*Servicio de Cirugía y del Aparato Digestivo. Hospital de Cabueñas. Gijón.*

### Introducción

El síndrome de Bouveret es un cuadro clínico infrecuente, caracterizado por la obstrucción de la salida gástrica debido a un cálculo biliar<sup>1</sup>. Es una localización poco habitual de íleo biliar, en el que se produce la impactación de un cálculo biliar a nivel duodenal, debido casi siempre a la emigración del cálculo a través de una fistula colecistoduodenal. Representa de un 1% a un 3% de todos los casos de íleo biliar<sup>2</sup>.

### Caso clínico

Se trata de un hombre de 69 años de edad, con antecedentes de hidrocefalia diagnosticada en 1997 que precisó implante de válvula de derivación ventriculoperitoneal, así como carcinoma basocelular en miembro inferior izquierdo que fue extirpado en 1999. Acudió al servicio de Urgencias de nuestro hospital presentando dolor abdominal de 2 a 3 semanas de evolución, localizado en epigastrio y acompañado de vómitos bilioalimenticios.

En la analítica se observaba una glucemia de 97 mg/dl y uremia de 73 mg/dl, siendo el resto de las determinaciones bioquímicas y el hemograma inespecíficos.

En la radiología simple de abdomen se observó dilatación gástrica. La ecografía abdominal puso de manifiesto una vesícula escleroatrófica, así como distensión gástrica. Con la sospecha de obstrucción intestinal a nivel duodenal se realizó gastroscopia, encontrándose retención gástrica ocasionada por la impactación de un cálculo biliar en el bulbo duodenal (fig. 1). Asimismo se realizó tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, llegándose al mismo diagnóstico (fig. 2). Con el diagnóstico de síndrome de Bouveret, el paciente fue intervenido quirúrgicamente, realizándose laparatomía con gastrotomía y extracción del cálculo. La evolución postoperatoria estuvo dentro de la normalidad.



Fig. 1. Imagen endoscópica de cálculo biliar en bulbo duodenal.



Fig. 2. Tomografía axial computarizada que muestra cálculo biliar impactado en bulbo duodenal.

## Discusión

El síndrome de Bouveret es más frecuente en la mujer y suele presentarse en personas de edad avanzada<sup>3</sup>. El primer caso fue descrito por Beaussier en 1770, pero se le dio el nombre de síndrome de Bouveret cuando en 1896 León Bouveret publicó dos casos. Desde esa fecha han sido publicados aproximadamente 240 casos en la literatura mundial<sup>4</sup>. Grove fue el primero en establecer en 1976 el diagnóstico por visualización directa del cálculo por endoscopia. En 1989, Holl et al aportaron el primer caso del tratamiento de la obstrucción de la salida gástrica mediante litotricia con ondas de choque extracorpóreas<sup>5</sup>.

La mayoría de los pacientes presentan historia previa de litiasis biliar. La litiasis biliar es la mayor causa de morbilidad en el mundo y la colecistectomía es la intervención quirúrgica más frecuente realizada en cirugía. El cuadro clínico es consecuencia de la obstrucción, siendo habitual el dolor abdominal, náuseas y vómitos, aunque también puede aparecer deshidratación, fiebre y pérdida de peso.

Se produce una inflamación crónica, con un flujo arterial, venoso y linfático disminuidos en las paredes de la vesícula biliar que, junto con una presión intraluminal elevada, pueden ocasionar necrosis de la vesícula biliar y de las paredes intestinales. Se produce la emigración de un cálculo biliar a través de una fistula colecistogástrica o colecistoduodenal<sup>6</sup>. El paso de cálculos de la vía biliar al intestino se produce con mayor frecuencia a nivel duodenal. El lugar de impactación más frecuente es el ileón terminal (60%) y para que ésta se produzca el tamaño del cálculo ha de ser mayor de 2,5 cm<sup>7</sup>. Casi siempre se produce por cálculos únicos. Otros lugares de impactación son: ileón proximal, yeyuno, etc.

En los estudios radiológicos puede aparecer distensión gástrica aerobia y en ocasiones ponen de manifiesto la presencia de un cálculo radiopaco.

La endoscopia gástrica puede resultar laboriosa debido a la presencia de abundante contenido gástrico, pero puede manifestar la existencia de un cálculo que obstruye la totalidad de la luz duodenal<sup>2</sup>.

La ecografía y la TAC abdominal pueden ser útiles en el diagnóstico y así pueden poner de manifiesto la presencia de litiasis o barro biliar o imágenes de litiasis fuera del marco biliar, así como la presencia de aire intravesicular<sup>8</sup>.

En cuanto al manejo terapéutico de estos pacientes, el principal paso en el manejo de la enfermedad litiásica es

la precisa diferenciación del cólico biliar inducido por cálculos biliares de otros procesos que cursan con dolor abdominal<sup>9</sup>. Algunos autores recomiendan la extracción endoscópica del cálculo debido al mal estado general que presentan estos pacientes. Debido al tamaño del cálculo este tratamiento suele fracasar, como ocurrió con nuestro paciente. Por ello el principal tratamiento es quirúrgico y sólo en escasas ocasiones tiene buenos resultados la terapia endoscópica con litotricia mecánica y electrohidráulica o la litotricia con ondas de choque extracorpóreas<sup>5</sup>, aunque estos tratamientos deben ser considerados en aquellos pacientes con un riesgo quirúrgico elevado. En cuanto al tratamiento quirúrgico existen varias opciones. Algunos autores recomiendan la extracción simple del cálculo<sup>2</sup>, con una baja morbilidad, por lo que estaría indicada en pacientes de edad avanzada o con mal estado general. Otra opción consistiría en la extracción del cálculo con colecistectomía y cierre de la fistula bilioenterica, aunque existen estudios que demuestran que pacientes a los que se les realizó extracción simple del cálculo permanecen asintomáticos, sin requerir otro tratamiento quirúrgico<sup>10</sup>, y ello se explicaría por el cierre espontáneo de la fistula bilioenterica cuando la vía biliar está permeable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Langhorst J, Schumacher B, Deselaers T, Neuhaus H. Successful endoscopic therapy of a gastric outlet obstruction due to a gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome. *Gastrointest Endosc* 2000;51:209-12.
2. Palomo JC, Castro A, de Miguel R, Rosales V. Síndrome de Bouveret. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:310-7.
3. Gutstein Feldman D, Herranz Hidalgo R, Alcain Martínez G, Luna Díaz R, García Escaño D, Vara-Thorbeck C. Síndrome de Bouveret: enfoque diagnóstico y terapéutico a propósito de un nuevo caso. *Cir Esp* 1997;61:473-5.
4. Frattaroli FM, Reggio D, Guadalaxara A, Illomei G, Lomanto D, Pappalardo G. Bouveret's syndrome: case report and review of the literature. *Hepatogastroenterol* 1997;44:1019-22.
5. Holl J, Sackmann M, Hoffmann R, Schüssler P, Sauerbruch T, Jüngst D, et al. Shock-wave therapy of gastric outlet syndrome caused by a gallstone. *Gastroenterol* 1988;97:472-4.
6. Marco Domenech SF, López Mut JV, Fernández García P, San Miguel Moncín MM, Gil Sánchez S, Jornet Fayos J, et al. Síndrome de Bouveret: hallazgos clínicos y radiológicos. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:144-8.
7. Van Dam J, Steiger E, Sivak MV. Giant duodenal gallstone presenting as gastric outlet obstruction: Bouveret's syndrome. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:150-3.
8. Blanco González FJ, Artigas Martín JM, Fuertes Fernández MI, Hernando Almudi E, García Calleja JL, del Río Marco F. Síndrome de Bouveret: diagnóstico preoperatorio por imagen. *Cir Esp* 2000;67:619-20.
9. Ajij A, Cheung RC, Keeffe EB. Management of gallstones and their complications. *Am Fam Physician* 2000;61:1673-80,1687-8.
10. Soria F, Cortés JA, Ochoa R, Llaudés RB. El síndrome de Bouveret. Descripción de tres nuevos casos. *Cir Esp* 1995;58:454-7.