



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-719 - PRESENTACIÓN INFRECUENTE DEL ÍLEO BILIAR: SÍNDROME DE BOUVERET

*García Herrero, Silvia; Gutiérrez Rodríguez, María Teresa; Loizate Totoricagüena, Alberto; Gutiérrez Ferreras, Ana Isabel; Uriarte Terán, Jon Ignacio; Martín García, Mikel; Castro Vázquez, Joseba; González de Miguel, Melania*

*Hospital Universitario Basurto, Bilbao.*

### Resumen

**Introducción:** El íleo biliar es una complicación poco común de la colelitiasis, con una incidencia en torno al 0,3-0,5%. Es más prevalente en mujeres de edad avanzada y con comorbilidades crónicas asociadas. Se desarrolla por la existencia de una fístula bilio-digestiva, generalmente colecistoduodenal, y el paso de un cálculo a través de la misma, generando un cuadro de obstrucción intestinal por impactación de la litiasis. El lugar más frecuente de impactación es íleon distal o válvula ileocecal. Únicamente el 1-3% de los casos presentan el denominado síndrome de Bouveret, resultado de la impactación del cálculo en duodeno. El gold standard para el diagnóstico es la TC con contraste, con una sensibilidad del 90%.

**Caso clínico:** Mujer de 93 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo y colelitiasis. Ingresa en el Servicio de Aparato Digestivo procedente del Servicio de Urgencias por dolor en hipocondrio derecho asociado a vómitos en intolerancia oral. Ante la persistencia de los vómitos, se realiza TC donde se objetiva fístula colecistoduodenal con litiasis localizada en 3ª porción duodenal, y se decide intervención quirúrgica urgente. Se aborda la cavidad abdominal mediante laparotomía media supraumbilical, identificando litiasis de unos 7 cm alojada al inicio de la 3ª porción duodenal e importantes cambios inflamatorios en región subhepática. Ante la imposibilidad de migrar el cálculo hacia una región más distal, se procede a la realización de duodenotomía longitudinal, dado el diámetro de la litiasis. Se extrae la misma y se cierra el defecto con puntos sueltos de sutura monofilamento reabsorbible, se realiza epiploplastia y se coloca drenaje aspirativo. Evoluciona de manera favorable y es dada de alta al 7º día PO.



**Discusión:** El síndrome de Bouveret, es una complicación infrecuente del íleo biliar, caracterizado por obstrucción gástrica sin asociar generalmente distensión abdominal. El tratamiento ideal es el quirúrgico en pacientes con impactación y gran tamaño del cálculo, puesto que el tratamiento conservador incrementa las tasas de mortalidad, situadas en torno al 12-27%. Sin embargo, no hay una técnica quirúrgica estándar establecida. La enterolitotomía sin resolución de la fístula ni realización de colecistectomía es la técnica más empleada, y está indicada en pacientes con comorbilidades significativas, inestabilidad hemodinámica o elevado riesgo en la disección quirúrgica. La realización de enterolitotomía asociada a colecistectomía o colecistostomía y cierre de la fístula, disminuye el riesgo de recurrencia, así como de desarrollo posterior de colangiocarcinoma, a expensas de elevar la morbilidad, con tasas hasta del 50%. Estaría indicada, por tanto, en pacientes jóvenes de bajo riesgo quirúrgico y con litiasis residuales. No obstante, en pacientes con elevado riesgo, también es posible optar por la realización de endoscopia para extracción de la litiasis, en los casos en los que sea accesible mediante esta técnica.