



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-293 - SÍNDROME DE BOUVERET: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE. NUESTRA CASUÍSTICA

Sugrañes Naval, Gemma; Pros Ribas, Imma; Uribe Galeano, Catalina; Sturlese Gaya, Anna; Basterra Rincón, Alberto; Marcilla Galera, Víctor; Zubieta Albarrán, Freddy Jonathann; Rodríguez Blanco, Manuel

Fundació Hospital Sant Joan de Déu, Martorell.

Resumen

Introducción: El síndrome de Bouveret es una entidad muy poco frecuente registrada en la bibliografía mundial (se han descrito poco más de 300 casos en la literatura). Consiste en la impactación de un cálculo en la región píloro-duodenal, a consecuencia de una fístula biliodigestiva. Ante la presencia en una RX abdominal de distensión gástrica + aerobilia + cálculos biliares ectópicos (tríada de Rigler) debemos sospechar este síndrome. Dada la rareza de esta entidad, presentamos 4 casos registrados en nuestro hospital. En los últimos 14 años hemos detectado 4 casos de síndrome de Bouveret en el Hospital de Martorell, que exponemos a continuación.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer de 79 años, ASA III, 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 creatinina y urea. ECO y TC abdominal: aerobilia y cálculo de 5 x 4 cm en región píloro-duodenal + distensión de cámara gástrica. Laparotomía exploradora: antro-píloro-duodenotomía y extracción del cálculo. Cierre enteral. Posoperatorio: íleo paralítico. TEGD sin evidencia de fugas. Alta al 15º día posoperatorio. Caso 2. Mujer de 69 años, ASA III, consulta por vómitos y diarrea. Exploración: signos de deshidratación y dolor abdominal epigástrico. Rx abdomen: cálculo en hipocondrio derecho (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 3. Mujer de 78 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, antrotomía y extracción de cálculo. Alta a las 3 semanas. Caso 4. Mujer de 70 años, ASA II, 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. Fragmentación de ambos con litotriptor y se extrajeron. Se apreció un bulbo duodenal inflamatorio con úlcera y fístula. Correcta evolución clínica y alta al tercer día.

Discusión: El síndrome de Bouveret presenta una clínica inespecífica consistente en dolor/malestar

epigástrico y vómitos. Debemos sospecharlo en pacientes de edad avanzada (más frecuente en mujeres) con comorbilidades asociadas. La TC abdominal es la prueba diagnóstica de elección. El tratamiento habitual es quirúrgico (enterotomía sobre tejido sano, extracción del cálculo sin colecistectomía). Ocasionalmente puede resolverse endoscópicamente. El tratamiento precoz es esencial para evitar complicaciones graves.