



160/2095 - Obstrucción gástrica por litiasis y fístula colecistoduodenal (SÍNDROME de Bouveret)

H. Riera Iñíguez^a, M. Balboa Alonso^b, M. Pastor Romero^b y M. Huertas Roca^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Campello. Alicante. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Campello. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años con diabetes mellitus tipo II insulínica que presenta dolor abdominal y vómitos de 12 horas de evolución. Inicialmente se consideró la posibilidad de gastroparesia diabética.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen timpánico y doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Temperatura 37,4 °C. Hemograma con hemoglobina 11,1 g/dl, hematocrito 35,4%, leucocitos 14.300/ml, neutrófilos 88,4%, plaquetas 202.000/ml, tasa protrombina 67% INR 1,3. Bioquímica con glucosa 180 mg/dl, urea 34 mg/dl, creatinina 1,9 mg/dl, Na 143 mEq/l, Cl 120 mEq/l, K 4,1 mEq/l. La ecografía se informó como engrosamiento de la pared vesicular con múltiples pequeñas litiasis en fundus y un gran cálculo que parecía situado en las regiones del cuerpo y cuello vesicular. Abundante contenido gástrico. No se describe dilatación de vía biliar. Se colocó sonda nasogástrica. Para definir mejor la patología se solicitó escáner abdominal que demostró vesícula engrosada con litiasis y nivel hidroaéreo en su interior; cálculo de 6,5 cm ocupando la zona de infundíbulo vesicular, papila duodenal y segunda porción duodenal; discreta aerobilia en radicales izquierdos y dilatación gástrica con abundante contenido líquido. La gastroscopia identificó el gran cálculo obstruyendo la segunda porción duodenal y no se pudo extraer endoscópicamente. Se realizó cirugía.

Juicio clínico: Íleo biliar (obstrucción gástrica) por fístula colecistoduodenal e impactación de litiasis biliar en segunda porción duodenal: síndrome de Bouveret.

Diagnóstico diferencial: La gastroparesia puede ser secundaria a la neuropatía diabética, más frecuente en pacientes mal controlados, y que tiende a mejorar su sintomatología tras aspiración por sonda nasogástrica. La persistencia de dolor en hipocondrio derecho obliga a descartar patología de la vía biliar, más frecuente en diabéticos por la mayor prevalencia de litiasis biliar y porque pueden desarrollar cuadros infecciosos-inflamatorios aún en ausencia de litiasis.

Comentario final: La litiasis biliar es una patología con alta prevalencia. Un 20-30% de ellas presentan sintomatología, y un bajo porcentaje (0,3-0,5%) se pueden complicar con fístula biliodigestiva e íleo biliar. La impactación de un cálculo biliar en el marco duodenal provocando una obstrucción del tracto de salida gástrico se conoce como síndrome de Bouveret. Se presenta habitualmente como cuadro obstructivo gástrico. El diagnóstico suele ser radiológico con la

característica triada de Rigler: distensión gástrica, aerobilia y cálculo biliar ectópico. La endoscopia confirma el cálculo impactado generalmente en el bulbo duodenal y puede permitir su extracción. Cuando ésta falla el tratamiento debe ser quirúrgico (en un 90% de los casos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kalwaniya DS, Arya SV, Guha S, Kuppuswamy M, Chaggar JG, Ralte L, et al. A rare presentation of gastric outlet obstruction. The Bouveret's syndrome. *Ann Med Surg.* 2015;4:67-71.
2. Calvo Espino P, García Pavía A, Artés Caselles M, Sánchez Turrión V. Bouveret syndrome: variant of gallstone ileus. *Cir Esp.* 2014;92:e3.
3. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. *Radiographics.* 2004;24:1171-5.
4. Castro S, Nadal A, Quiroga S, Boyé R. Bouveret syndrome. *Cir Esp.* 2008;84:226.
5. Benítez-Tress Faez M, Cerecedo Rodríguez J, Alanis Monroy E, Figueroa Barojas P, Granados Canseco E, Hernandez Trejo A, et al. Obstrucción de la salida gástrica secundario a fistula colecistoduodenal. *Endoscopia.* 2014;26:56-8.