

# Síndrome de Bouveret. Causa infrecuente de íleo biliar.

*Bouveret syndrome: An unusual cause of gallstone ileus.*

\* **Gonzalo Perrone**<sup>1</sup>

\***Martín Salvatierra**<sup>1</sup>

\*\***Luciana Braga**<sup>1</sup>

1. *Hospital Maciel. Región Norte. Hospital Regional Salto, Uruguay*

### RESUMEN

El síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de obstrucción digestiva alta. Se produce por una fístula colecistoentérica y pasaje de un cálculo al tubo digestivo. Su diagnóstico preoperatorio es difícil. El tratamiento endoscópico es de elección. La cirugía se indica en los casos que este no es exitoso. Presentamos el caso de un paciente de 67 años con síndrome de Bouveret resuelto quirúrgicamente luego de un intento endoscópico fallido.

**Palabras clave:** Síndrome de Bouveret, Íleo biliar, Endoscopia, Cirugía.

### ABSTRACT

Bouveret's syndrome is an infrequent cause of upper digestive obstruction. It is produced by a cholecystoenteric fistula and passage of a stone to the digestive tract. Its preoperative diagnosis is difficult. Endoscopic treatment is of choice. Surgery is indicated in cases where this is not successful. We present the case of a 67-year-old patient with Bouveret syndrome surgically resolved after a failed endoscopic attempt.

**Keywords:** Bouveret syndrome, Gallstone ileus, Endoscopy Surgery.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bouveret es una complicación infrecuente de la coledolitiasis. Se produce por la formación de una fístula colecisto duodenal secundaria a inflamación crónica. Corresponde a 3% de las causas de íleo biliar. El pasaje de un lito hacia el tubo digestivo produce una obstrucción gastroduodenal. Los síntomas típicos son vómitos, dolor abdominal, pérdida de peso y anorexia. Al examen se destaca dolor, deshidratación y distensión abdominal<sup>(1)</sup>.

El diagnóstico precoz es difícil y el cuadro presenta alta morbimortalidad. La tomografía computada es el método de diagnóstico preferido con sensibilidad mayor a 80%, mientras que la esofagogastroduodenoscopia tiene una sensibilidad de 70%. La resonancia magnética se utiliza en caso de alergia al contraste. No existen recomendaciones estandarizadas para el manejo de este cuadro dada su baja frecuencia. El diagnóstico precoz vinculado al desarrollo de imágenes, así como el avance

de técnicas mínimamente invasivas han reducido la mortalidad la cual puede llegar al 30% de los casos<sup>(2)</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 67 años, como base portadora de coledolitiasis sintomática. Consultó por dolor abdominal de 15 días de evolución en hipocondrio derecho y epigastrio. Agrega vómitos postprandiales inmediatos y descenso ponderal progresivo. No presenta signos pigmentarios ni fiebre. Como antecedente personal refirió múltiples consultas por cólico biliar. Al examen físico presentó deshidratación, dolor a la palpación de epigastrio con clapoteo gástrico.

Ecografía abdominal no visualiza estructuras por interposición de gas. Tomografía computada de abdomen informa comunicación colecistoduodenal, neumobilia y lito impactado a nivel gastroduodenal (**Figura 1**).



**Figura 1:** Tomografía computada de abdomen: fístula colecisto duodenal (flecha larga), neumobilia (flecha corta).

\* Cirujano general. Clínica Quirúrgica 3. Hospital Maciel. Región Norte. Hospital Regional Salto, Uruguay.

\*\* Residente de cirugía general. Clínica Quirúrgica 3. Hospital Maciel. Región Norte. Hospital Regional Salto, Uruguay.

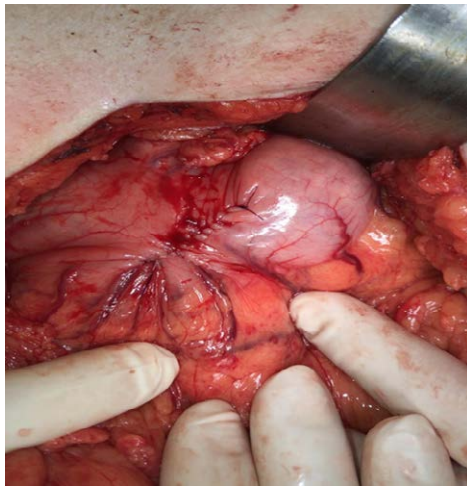
**Autor correspondiente:** Dr. Gonzalo Perrone - Correo electrónico: [gonpedr@hotmail.com](mailto:gonpedr@hotmail.com) - Dirección: 18 de Julio, Salto, Código postal 50000, Departamento de Salto, Uruguay

Fecha de recepción: 26/07/2020 - Fecha de aprobación: 20/07/2021

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons



**Figura 2:** Gastrotomía y gastrolitotomía.



**Figura 3:** Gastrorrafia luego de extracción del cálculo.

Con planteo preoperatorio de síndrome de Bouveret se indica extracción endoscópica del lito la cual es infructuosa por impacción del cálculo. Se realizó laparotomía por mediana supra umbilical. Desimpacción manual del lito y extracción a través de gastrostomía y gastrorrafia (**Figura 2-3**). Buena evolución posoperatoria con alta a las 72 horas.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de Síndrome de Bouveret debe sospecharse frente al antecedente de litiasis vesicular de larga data y síntomas de estenosis gastroduodenal. La radiografía de abdomen puede mostrar distensión gástrica, neumobilia y sombra radio opaca del lito fuera de la vesícula (triada de Rigler). La endoscopia es útil para el diagnóstico, aunque actualmente la tomografía computada es la modalidad de imagen elegida. Esta permite identificar el número y tamaño de los litos. Esto actúa como predictor de

éxito del tratamiento endoscópico. También permite visualizar la topografía de la fistula como en nuestro caso. La colangiopancreatografía por resonancia magnética se utiliza en casos de alergia al contraste<sup>(3)</sup>.

El tratamiento depende del terreno del paciente, la topografía de la obstrucción, el tamaño del cálculo y la presencia de una fistula. La endoscopia es el tratamiento de primera línea debido a su perfil de seguridad. Su tasa de éxito es solo del 37% al 43%. Este hecho obliga a una indicación más selectiva. La extracción mediante cesta o red es dificultosa con litos superiores a 2.5 cm. Otras limitantes son los cálculos impactados y la estrechez esofágica. En estos casos se ha propuesto la litotricia endoscópica mecánica, electrohidráulica y láser, ninguno de los cuales ha sido comparado en ensayos comparativos. La litotricia confiere mayor riesgo de perforación, sangrado y obstrucción distal por fragmentos residuales ya que no permite explorar el tubo digestivo distal<sup>(4-5)</sup>.

Clásicamente la mortalidad quirúrgica reportada era próxima al 30%. La evolución en las técnicas diagnósticas y enfoques quirúrgicos mini invasivos han producido un descenso de la misma. La cirugía se indica frente al fracaso endoscópico. La directiva es realizar una gastrotomía, pilorotomía o duodenotomía. El abordaje laparoscópico actualmente representa el 6% de los casos. Este presenta la ventaja de lo mínimamente invasivo, aunque es dificultoso la exploración distal como prevención del íleo biliar. Si el lito se topografía en duodeno distal o si la gastrolitotomía inicial no tiene éxito, la translocación endoscópica del cálculo distalmente hacia el yeyuno puede permitir el intento de enterolitotomía yeyunal. La duodenotomía no se recomienda debido a la orientación retroperitoneal de la 2da a 4ta porción duodenal. La resección intestinal raramente es necesaria para la resolución<sup>(6)</sup>.

Existe controversia respecto al manejo de la fistula. El cierre espontáneo se produce en ausencia de litiasis vesicular o signos de malignidad. El manejo en “un tiempo” presenta menor riesgo de litiasis de novo, colecistitis y cáncer, pero con una mortalidad próxima al 20 %. El tratamiento en “dos tiempos” sin colecistectomía ni fistulectomía presentan un riesgo de recurrencia de 4 a 8 % de complicaciones relacionadas a litiasis, con una mortalidad asociada del 11 %. La decisión debe adaptarse al paciente dependiendo de la comorbilidad y riesgo de cáncer. El tratamiento en un tiempo se considera frente a un paciente sano o con sospecha de malignidad. Este tratamiento es más seguro en dos etapas, con un retraso de varias semanas para permitir la resolución del medio inflamatorio<sup>(7)</sup>.

## Declaración de contribución de autores

Todos los autores participaron de la búsqueda de la información, redacción del borrador, revisión del manuscrito y aprobación final del mismo. Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kudaravalli P, Saleem S, Goodman A, Pendela V, Arif M. Bouveret syndrome as a rare cause of gastric outlet obstruction. *Bayl Univ Med Cent.* 2020; 33(2):235-236.
2. Osman K, Maselli D, Kendi A. *et al.* Bouveret's syndrome and cholecysto-gastric fistula: a case-report and review of the literature. *Clin J Gastroenterol* (2020). 10.1007/s12328-020-01114-7
3. Singh G, Merali N, Shirol S, Drymoussis P, Singh S, Veeramootoo D. A case report and review of the literature of Bouveret syndrome. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020; 102(1): e15-e19.
4. Ong J, Swift C, Stokell B, Ong S, Lucarelli P, Shankar A *et al.* Bouveret Syndrome. A Systematic Review of Endoscopic Therapy and a Novel Predictive Tool to Aid in Management. *J. Clin. Gastroenterol.* 2019; Publish Ahead of Print. DOI: 10.1097/MCG.0000000000001221
5. Hendriks S, Verseveld MM, Boevé ER, Roomer R. Successful endoscopic treatment of a large impacted gallstone in the duodenum using laser lithotripsy, Bouveret's syndrome: A case report. *World J Gastroenterol* 2020; 26(19): 2458-2463.
6. Ferhatoglu MF, Kartal A. Bouveret's Syndrome: A Case-Based Review, Clinical Presentation, Diagnostics and Treatment Approaches. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2020; 54(1):1-7. doi:10.14744/SEMB.2018.03779.
7. Duarte M, Traple F, Prado J. Bouveret's Syndrome—An Unusual Fistula. *Indian J Surg* (2020). 10.1007/s12262-020-02226-7