

Síndrome de Bouveret como causa poco frecuente de íleo biliar

Bouveret's syndrome as a rare cause of biliary ileus

Erick D. Reay-Mandujano^{1*}, Alberto Rivera-Neri², Marisela E. Trejo-Rubio², Juan A. Tevera-Sánchez²
y Laura Asencio-López³

¹Departamento de Cirugía General, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); ²Departamento de Cirugía General, Hospital General de Zona No. 27, IMSS; ³Departamento de Cirugía General, Hospital General de Zona No. 24, IMSS. Ciudad de México, México

Resumen

El síndrome de Bouveret es una afección poco común que puede causar obstrucción intestinal, específicamente obstrucción duodenal producida por el paso de un cálculo a través de una fístula. Sus opciones de tratamiento pueden ser quirúrgicas o endoscópicas. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son esenciales para mejorar los resultados. Presentamos el caso de un varón de 72 años con síndrome de Bouveret, el cual de forma inicial se trató por medio de endoscopia, sin éxito, siendo necesario el tratamiento quirúrgico, con resolución favorable y una adecuada evolución. Además, realizamos una revisión de la literatura reciente.

Palabras clave: Síndrome de Bouveret. Oclusión intestinal. Tratamiento quirúrgico. Endoscopia. Reporte de caso.

Abstract

Bouveret's syndrome is a rare condition that can cause intestinal obstruction, specifically duodenal obstruction caused by the passage of a stone through a fistula. Treatment options can be surgical and endoscopic. Early diagnosis and timely treatment are essential to improve outcomes. We present the case of a 72-year-old man with Bouveret's syndrome, which was initially treated by endoscopy, without success, and surgical treatment was necessary, with favorable resolution and an adequate evolution. In addition, we conducted a review of recent literature.

Keywords: Bouveret's syndrome. Intestinal occlusion. Surgical treatment. Endoscopy. Case report.

*Correspondencia:

Erick D. Reay-Mandujano
E-mail: erickreay@gmail.com

Fecha de recepción: 22-10-2023

Fecha de aceptación: 06-08-2025

DOI: 10.24875/AMH.23000035

Disponible en internet: 04-12-2025

An Med ABC. 2025;70(Supl 1):70-73

www.analesmedicosabc.com

0185-3252 / © 2025 Asociación Médica del Centro Médico ABC. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El síndrome de Bouveret es una forma poco común de íleo biliar ocasionado por una fístula biliodigestiva, siendo la más frecuente la fístula colecistoduodenal (60% de los casos)^{1,2}. Esta condición provoca obstrucción del tracto de salida gástrica por un lito ectópico. Afecta principalmente a mujeres de edad avanzada y representa entre el 0.5% y el 3% de los casos de íleo biliar^{2,3}, aunque algunos reportes lo elevan hasta el 6%⁴. La prevalencia del íleo biliar en los pacientes con colelitiasis es de aproximadamente el 0.5%. La edad media de presentación es de 74 años, con una proporción mujer: hombre de 1.8:1^{5,6}.

El diagnóstico representa un reto debido a la inespecificidad de los síntomas, que incluyen náuseas, vómitos y dolor abdominal. Los estudios de imagen y la endoscopia permiten identificar hallazgos clave como aerobilia y litiasis ectópica. La tomografía computarizada es esencial para documentar la tríada radiológica de Rigler (distensión gástrica, litiasis ectópica y aerobilia), presente en el 30% de los casos².

El reporte de caso que se presenta fue elaborado conforme a las guías CARE de la iniciativa EQUATOR.

Caso clínico

Varón de 72 años, sin antecedentes relevantes para el padecimiento actual, con historia de cólico vesicular de 8 meses, manejado de forma conservadora. Se encontraba en protocolo para colecistectomía laparoscópica, con ultrasonido que mostraba vesícula biliar de 28 × 22 × 28 mm, pared de 2.1 mm y lito único de 22 mm, sin dilatación de la vía biliar intra- ni extrahepática.

Doce horas antes de su ingreso presentó náuseas progresivas con vómito de contenido gastrobiliar, dolor abdominal cólico generalizado (intensidad 8/10), sin signos de irritación peritoneal. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, con las mucosas ligeramente ictéricas.

Se solicitaron radiografía de abdomen simple (Fig. 1) y tomografía contrastada abdominopélvica (Figs. 2 y 3), que evidenció plastrón en el lecho vesicular con realce al contraste, extendiéndose hacia la región inferior hepática, con una zona hiperdensa (853 UH). El resto del parénquima hepático mostró atenuaciones de 25-45 UH. No se identificó interfase entre el antro gástrico y la vesícula, ni con el duodeno. Se observaron datos de neumbilia sin dilatación de la vía biliar y actividad ganglionar mesentérica.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen en la que se observa una imagen compatible con un lito localizado en el duodeno.

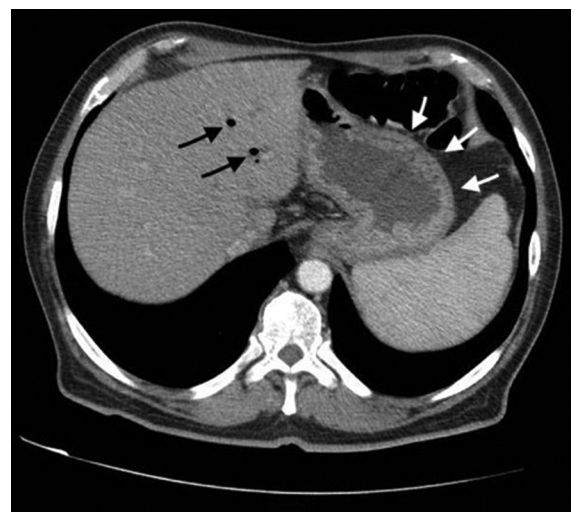


Figura 2. Tomografía computarizada con contraste que muestra gastromegalia (flechas blancas) y neumbilia (flechas negras).

Se realizó endoscopia (Fig. 4) y se encontró engrosamiento de la pared gástrica, fístula colecistoduodenal con lito impactado y absceso drenando hacia el duodeno y la región prepilórica. Se identificó una lesión elevada umbilicada prepilórica, sospechosa de tumor del estroma gastrointestinal o de reacción inflamatoria. Se intentó la extracción del lito, sin éxito.



Figura 3. Tomografía computarizada, corte coronal, que muestra el lito localizado en el duodeno (flecha negra) y la ausencia de interfase vesícula-estómago (flechas amarillas).

Tabla 1. Valores de laboratorios relevantes en el abordaje inicial

Parámetro	Valor
Leucocitos	12,270/mm ³
Creatinina	1.6 mg/dl
Sodio	138 mEq/l
Potasio	3.8 mEq/l
Deshidrogenasa láctica	162 U/l
Bilirrubina total	2 mg/dl
Bilirrubina directa	0.8 mg/dl
Bilirrubina indirecta	1.1 mg/dl
Índice internacional normalizado	1.08

Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis leve y creatinina sérica elevada, sin alteraciones hidroelectrolíticas significativas (Tabla 1).

Se indicó laparotomía exploradora, en la que se encontraron distensión gástrica (50 × 50 cm) y un lito impactado (10 × 6 × 5 cm) en la primera porción duodenal y el antro pilórico. Se realizaron gastrotomía, extracción del lito y gastrorrafia. La evolución posquirúrgica fue favorable, tolerando la nutrición enteral.

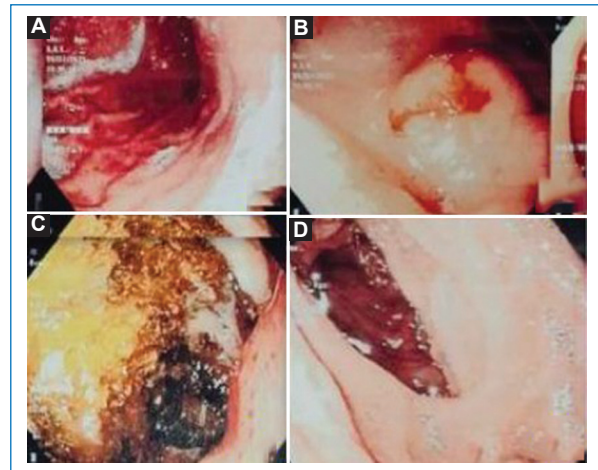


Figura 4. A: cuerpo gástrico hiperémico y dilatado con escasos restos alimentarios parcialmente aspirantes. B: bulbo duodenal con lumen y mucosa eritematosa con erosión hemorrágica. C: en rodilla duodenal lito biliar que ocupa más del 90% del lumen duodenal; se logra franquear ingresando a la segunda porción duodenal. D: se observan la mucosa y el lumen intestinal, sin alteraciones.

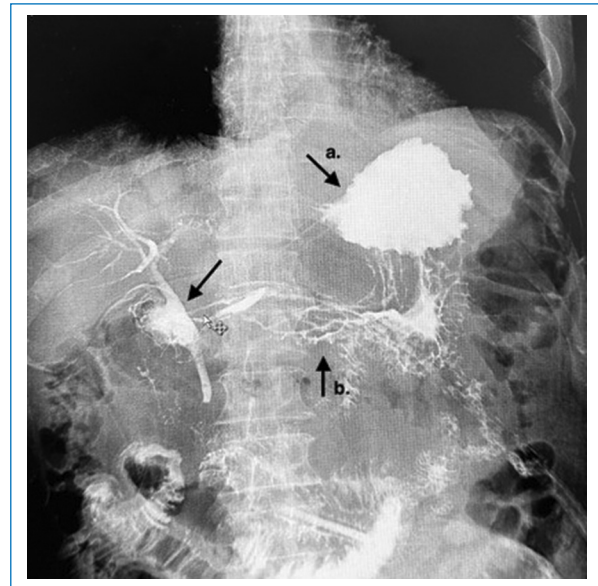


Figura 5. Serie esofagogastroduodenal con trago de bario en la que se identifican una fistula coleocoduodenal (flecha) sin litiasis residual, el fondo del estómago lleno (A) y los pliegues gástricos (B).

La serie esofagogastroduodenal (Fig. 5) mostró adecuado tránsito y presencia de fistula colecistoduodenal, sin litiasis residual. El paciente fue dado de alta 1 semana después, con evolución clínica satisfactoria.

Discusión

El síndrome de Bouveret es una forma rara de obstrucción gástrica distal, secundaria al paso de un lito a través de una fístula colecistoduodenal⁷. Fue descrito inicialmente por Bonnet en 1841 y diagnosticado preoperatoriamente por primera vez por Leon Bouveret en 1896³.

Debido a su baja incidencia, el diagnóstico suele ser tardío, lo que aumenta la morbilidad y la mortalidad, especialmente en pacientes con desequilibrio hidroelectrolítico⁸. En general afecta a mujeres de edad avanzada, con cálculos mayores de 2.5 cm, y se presenta con náuseas, vómito y epigastalgia en el 70% de los casos^{9,10}.

La tríada de Rigler (neumobilia, litiasis ectópica y estómago dilatado) es diagnóstica, pero se presenta solo en el 30% de los casos¹⁰. Por ello, la tomografía computarizada es fundamental (sensibilidad del 93% y especificidad del 100%), junto con la esofagogastroduodenoscopia¹¹.

El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico. Aunque el enfoque endoscópico tiene una tasa de éxito inicial baja (10%), la litotricia electrohidráulica ha demostrado eficacia. Sin embargo, su riesgo de perforación y sangrado limita su uso como primera línea^{12,13}. Cuando falla, se indica cirugía, siendo la técnica de Heineke-Mikulicz (piloroduodenotomía, extracción del lito y cierre transversal) la más común^{9,10}. Alternativamente, puede realizarse enterolitotomía más colecistectomía y cierre de fístula, aunque este abordaje incrementa el riesgo quirúrgico en pacientes añosos o con comorbilidad^{10,14}.

La baja sospecha clínica entre los médicos de primer contacto retrasa el diagnóstico, incrementando las complicaciones^{15,16}.

Conclusión

El síndrome de Bouveret es una causa infrecuente, pero grave, de obstrucción intestinal. El antecedente clínico más común es la coledocolitiasis. Dado lo inespecífico de los síntomas, el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, apoyado en estudios como radiografía y tomografía computarizada contrastada, y en los hallazgos de la endoscopia. Aunque el tratamiento puede ser endoscópico, la mayoría de los pacientes requieren manejo quirúrgico. Se debe considerar este diagnóstico en adultos mayores con obstrucción intestinal y antecedentes de litiasis vesicular.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado del paciente, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

- Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, Kuyama T, Sakata K, Kubota H. Gallstone ileus. *Am J Surg*. 1980;140:437-40.
- Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rincon C, Navarro-Muñoz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017;82:248-54.
- Siado-Guerrero SA, Canal-Daza FA, Jiménez-Sánchez HC, Martínez-Montalvo CM, Osorio-Santos M. Síndrome de Bouveret, una causa extraña de obstrucción intestinal alta: reporte de caso. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2019;34:445-9.
- 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:e15-9.
- García-Marín A, Pérez-López M, Pérez-Bru S, Compañ-Rosique A. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2014;79:211-3.
- Navarro-del Río E, Hernández-Zúñiga JF. Síndrome de Bouveret: una rara complicación de la coledocolitiasis. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Cir Cir*. 2020;88:95-9.
- Rohlf D, Wiecek M, Bergstrom T. Bouveret syndrome: a rare and dangerous cause of gastric outlet obstruction. *S D Med*. 2022;75:565-7.
- Benitez-Tress Faez MP, Cerecedo-Rodríguez J, Alanis-Monroy E, Figueroa-Barojas P, Granados-Canseco E, Hernández-Trejo A, et al. Obstrucción de la salida gástrica secundaria a fístula colecistoduodenal (síndrome de Bouveret): reporte de un caso. *Endoscopia*. 2014;26:56-8.
- Ferhatoglu MF, Kartal A. Bouveret's syndrome: a case based review, clinical presentation, diagnostics and treatment approaches. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2018;54:1-7.
- Ruiz-de la Hermosa A, Ortega-Domene P, Zarzosa-Hernández G, Seoane-González JB. Síndrome de Bouveret, una causa infrecuente de obstrucción duodenal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81:55-6.
- Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:249-54.
- Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Lorenzo-Rocha N, Burillo-Putze G, Medina-Arana V. Enterolitotomía más colecistectomía precoz, una aplicación de cirugía de control de daños para pacientes con íleo biliar. *Cir Cir*. 2015;83:156-60.
- Haddad FG, Mansour W, Deeb L. Bouveret's syndrome: literature review. *Cureus*. 2018;10:e2299.
- 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;26:2458-63.
- Caldwell KM, Lee S, Leggett PL, Bajwa KS, Mehta SS, Shah SK. Bouveret syndrome: current management strategies. *Clin Exp Gastroenterol*. 2018;11:69-75.
- Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupián-Angulo AI, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *Cir Cir*. 2018;86:182-6.