

## IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

### Síndrome de Bouveret con TC multidetector

Luis Gijón de la Santa, Ainhoa Camarero Miguel, José Antonio Pérez Retortillo  
y José Manuel Ramia Ángel

*Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara*

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 88 años con antecedentes de pancreatitis de origen biliar hace 20 años. Presenta desde hace 2 meses episodios de vómitos alimenticios y dolor abdominal cólico en epigastrio, irradiado en banda, que se relaciona con las comidas.

Se realizó estudio abdominal con TC multidetector (TCMD) con equipo de 64 detectores.

Se identificó un estómago de retención causado por la impactación de una litiasis de gran tamaño a nivel de la primera porción duodenal. Se objetivó la presencia de comunicación colecistoduodenal y aerobilia (Fig. 1 A y B). Con estos hallazgos se realizó el diagnóstico de síndrome de Bouveret confirmándose posteriormente en la cirugía. No se planteó diagnóstico diferencial debido a que los hallazgos eran patognomónicos.

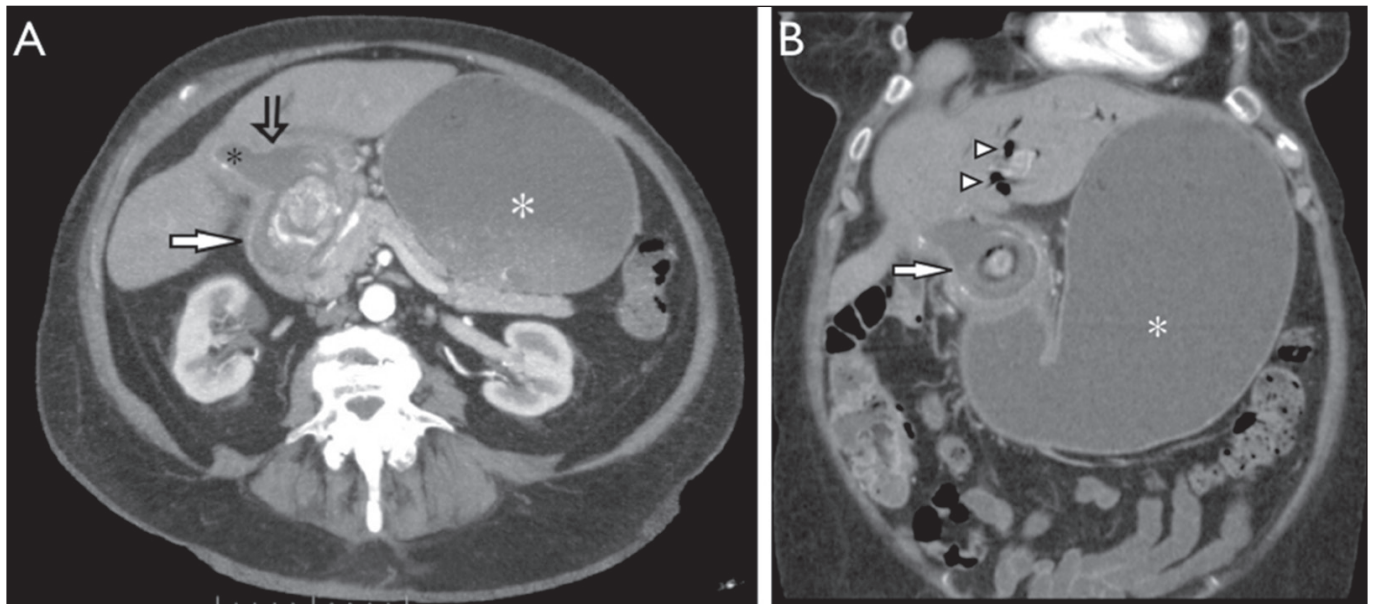


Fig. 1. A. TC axial con contraste intravenoso: se aprecia una litiasis biliar enclavada en el duodeno proximal (flecha blanca) que condiciona un estómago de retención (asterisco blanco). Se objetiva una vesícula de pequeño tamaño (asterisco negro) y la existencia de una comunicación colecistoduodenal (flecha abierta). B. TC coronal con contraste intravenoso: se objetiva un estómago de retención (asterisco blanco) secundario a la presencia de una litiasis biliar enclavada en la primera porción duodenal (flecha blanca). Se identifica la existencia de aerobilia (puntas de flecha).

## DISCUSIÓN

El síndrome de Bouveret fue descrito por primera vez por Leon Bouveret, internista francés, en 1896 (1). Es un tipo de íleo biliar en el que se produce una obstrucción al vaciado gástrico debido a la impactación de una litiasis biliar en el píloro o en el duodeno proximal (1-5).

Ocurre más frecuentemente en mujeres ancianas con antecedentes de patología biliar (2).

La clínica es inespecífica e incluye náuseas, vómitos, anorexia y dolor epigástrico (2).

Por imagen, el íleo biliar se caracteriza por la tríada de Rigler que consiste en aerobilia, obstrucción intestinal y litiasis biliar ectópica. Esta litiasis se puede localizar por orden de frecuencia en íleon terminal, íleon proximal, yeyuno distal, colon y duodeno o estómago, denominándose como síndrome de Bouveret cuando se sitúa en estas dos últimas localizaciones (2-3 % del total) (3,4).

La radiología simple puede mostrar los hallazgos clásicos anteriormente descritos mientras que la TCMD aporta a menudo el diagnóstico de certeza. No obstante, es importante reseñar que hasta un 15-25 % de los cálculos son isodensos al líquido adyacente lo que dificulta su identificación (2).

El diagnóstico precoz es muy importante debido a su alta mortalidad (hasta el 30 %) (3).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bouveret L. Stenose du pylore adherent a la vesicule. Rev Med (Paris) 1896;16:1-16.
2. Chick JFB, Chauhan NR, Mandell JC, de Souza DAT, Bair RJ, Khurana B. Traffic jam in the duodenum: Imaging and pathogenesis of Bouveret syndrome. J Emerg Med 2013;45:e135-7.
3. Singh AK, Shirkhoda A, Lal N, Sagar P. Bouveret's syndrome: Appearance on CT and upper gastrointestinal radiography before and after stone obturation. AJR Am J Roentgenol 2003;181:828-30.
4. Palomeque Jiménez A, Calzado Baeza S, Reyes Moreno M. Una forma infrecuente de íleo biliar: síndrome de Bouveret. Rev Esp Enferm Dig 2012;104:324-5.
5. Rivera R, Ubiña E, García G, Navarro JM, Fernández F, Sánchez A. Successful treatment of Bouveret's syndrome with endoscopic mechanical lithotripsy. Rev Esp Enferm Dig 2006;98:790-2.