

Síndrome de Bouveret: Reporte de un caso clínico

Bouveret Syndrome: A Case Report

Brenda Paola Aguilar-Ide^{1,3,*}, Víctor Miguel Cobian-Rubio^{1,3}, Juan Manuel Rodríguez-Bravo^{2,3}

1. Médico Residente de Cirugía General, Hospital General Regional N°46, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México
2. Médico Adscrito de Cirugía General, Hospital General Regional N°46, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México
3. Departamento de Cirugía General, Hospital General Regional N°46, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México

*Autor de correspondencia: Brenda Paola Aguilar Ide

Hospital General Regional N°46, IMSS, Calz. Lázaro Cárdenas 2063, 8 de Julio, 44910 Guadalajara, Jalisco, México.

Teléfono: (667) 254 9273 aguilaride12@gmail.com

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.3122-4342.v16.n1.006>

Recibido 19 de agosto 2025, aceptado 23 de octubre 2025

RESUMEN

El síndrome de Bouveret (SB) es una forma rara de íleo biliar que produce obstrucción gástrica o duodenal por un cálculo impactado en el tracto digestivo alto, generalmente en pacientes con colelitiasis crónica. Reportamos el caso de un varón de 63 años con vómito persistente y dolor epigástrico, diagnosticado mediante tomografía computarizada. El manejo quirúrgico fue exitoso y sin complicaciones, resaltando la importancia de un diagnóstico temprano para evitar alta morbilidad. Debido a su baja incidencia, no existen guías claras para el abordaje del SB; sin embargo, el tratamiento endoscópico puede ser primera línea en ciertos casos, mientras que la cirugía sigue siendo necesaria en otros. Este reporte enfatiza la relevancia de considerar el SB en pacientes con obstrucción intestinal alta inexplicada y con antecedentes de colelitiasis.

Palabras clave: Síndrome de Bouveret, íleo biliar, colelitiasis, obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Bouveret syndrome (BS) is a rare form of biliary ileus causing gastric or duodenal obstruction due to an impacted stone in the upper gastrointestinal tract, typically in patients with chronic cholelithiasis. We report the case of a 63-year-old male presenting with persistent vomiting and epigastric pain, diagnosed by computed tomography. Surgical management was successful and without complications, highlighting the importance of early diagnosis to prevent high morbidity. Due to its low incidence, there are no clear guidelines for managing BS; however, endoscopic treatment may be first-line in selected cases, while surgery remains necessary in others. This report emphasizes the relevance of considering BS in patients with unexplained gastric or duodenal obstruction and a history of cholelithiasis.

Keywords: Bouveret syndrome, biliary ileus, cholelithiasis, intestinal obstruction.

Introducción

Descrito por primera vez en 1896 por Léon Bouveret, el síndrome de Bouveret se define como una obstrucción intestinal mecánica secundaria a la impactación de un cálculo biliar en el bulbo duodenal o el canal pilórico. Esta situación ocurre como complicación de una colelitiasis crónica, cuando se forma una fístula cistoduodenal o coledocoduodenal por inflamación persistente y presión del cálculo sobre las paredes de la vesícula y el duodeno¹.

El íleo biliar representa una complicación infrecuente de la colelitiasis, con una incidencia del 0.3 al 0.5%. De estos casos, el síndrome de Bouveret constituye entre el 1 y el 3%². Afecta principalmente a mujeres mayores de 70 años y se asocia con cálculos mayores de 2.5 cm o antecedentes quirúrgicos abdominales³.

Debido a su baja frecuencia, su presentación clínica es inespecífica y puede manifestarse

con dolor epigástrico, náuseas y vómito persistente. La falta de reconocimiento oportuno puede retrasar el diagnóstico y favorecer complicaciones como hemorragia digestiva o perforación intestinal lo que implica un alto riesgo de morbi mortalidad para los pacientes³.

Los métodos de imagen como radiografía, ultrasonido, tomografía y endoscopia son útiles para confirmar el diagnóstico, aunque su eficacia varía según el caso. Entre ellos, la tomografía computarizada es el estudio de elección por su alta sensibilidad para identificar la tríada de Rigler^{2,4}.

Debido a su baja incidencia y a la dificultad diagnóstica, a continuación, presentamos este caso clínico, con el consentimiento informado del paciente para su publicación.

Presentación de caso

Paciente masculino de 70 años de edad, con antecedente de coledocistitis conocida de 1 año de evolución, plastia umbilical y resección transuretral de próstata. Sin comorbilidades referidas. Inició su cuadro clínico con tres días de evolución caracterizados por dolor en mesogastrio, vómito gastrobiliar y ausencia de evacuaciones. A la exploración física se encontraba hemodinámicamente estable, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, con abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda, con peristalsis disminuida, timpanismo a la percusión y sin signos de irritación peritoneal.

Se realizó tomografía simple (Figura 2) de abdomen, donde se evidenció neumobilia con pérdida de la anatomía del árbol biliar, presencia de lito de 5 × 4 cm en el bulbo duodenal y marcada distensión gástrica, estableciendo el diagnóstico de SB. Se explicó al paciente la necesidad de abordaje quirúrgico mediante laparotomía exploradora para la extracción del lito y resolver el cuadro de obstrucción intestinal con reconstrucción describiendo los riesgos y beneficios del procedimiento al paciente, obteniendo su consentimiento expresado mediante su firma en el consentimiento informado.

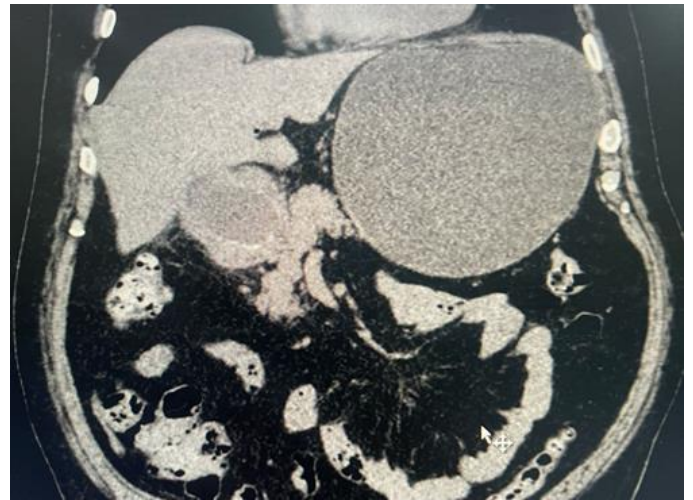


Figura 2. Tomografía simple de abdomen en corte coronal donde se observa lito en duodeno.

Se programó laparotomía exploradora con abordaje quirúrgico mediante retracción del lito hacia el estómago, gastrotomía y extracción del mismo, seguida de gastroplastia y colocación de drenaje, identificando una vesícula biliar con múltiples adherencias a epiplón e hígado, así como fístula colecistoduodenal entre el cuerpo vesicular y la primera porción duodenal. El lito

extraído medía aproximadamente 10 × 5 cm (Figura 1) con presencia de características pétreas. No se logró identificar la vía biliar principal.



Figura 1. Lito extraído del bulbo duodenal.

La evolución postoperatoria fue favorable con drenaje seroso, adecuada tolerancia a la vía oral y reinicio de evacuaciones en su cuarto día postquirúrgico, con un registro de laboratoriales de control a los treinta días postquirúrgicos de hemoglobina de 14.4 gramos/decilitros (g/dl), leucocitos de 6.4 miles/microsmoles (miles/ μ l), plaquetas 259 miles/ μ l, glucosa 110 miligramo/decilitro (mg/dL), creatinina 0.63 mg/dL, Gama Glutamil Transferasa 26 unidades/litro (u/L), bilirrubina total 0.53 mg/dL, bilirrubina directa 0.19 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.34 mg/dL, fosfa-

tasa alcalina 93 u/L, Aspartato Aminotransferasa 19 u/L, Alanina Aminotransferasa 13 u/L, Calcio sérico 9.2 mg/dL, potasio 4.32 moles/litro (m/l), sodio 142 m/l, El paciente fue dado de alta con seguimiento en consulta externa, manteniéndose asintomático durante un año y medio, sin recurrencias de colelitiasis ni íleo biliar.

Discusión

El tratamiento endoscópico ha ganado popularidad como abordaje inicial, especialmente en pacientes de edad avanzada o con múltiples comorbilidades⁴. Diversas técnicas han sido descritas, entre ellas la extracción directa con asa o cesta, la fragmentación mecánica, la litotricia electrohidráulica o láser, y la litotricia extracorpórea por ondas de choque². Entre sus principales ventajas destacan su carácter mínimamente invasivo, la reducción del riesgo anestésico y una recuperación más rápida. No obstante, su éxito depende del tamaño, composición y localización del cálculo, así como de la experiencia del equipo y la disponibilidad de recursos especializados.^{1,2}. En cálculos mayores de 2.5 cm, la tasa de éxito disminuye de forma considerable y existe riesgo de migración distal o perforación³.

Por su parte, el tratamiento quirúrgico continúa siendo el abordaje más utilizado y definitivo. La enterolitotomía aislada se asocia con menor morbilidad y mortalidad en pacientes de edad avanzada o con alto riesgo quirúrgico, mientras

que el procedimiento en dos tiempos, que incluye cierre de la fístula y colecistectomía reduce la posibilidad de recurrencia o colangitis posterior^{1,5}. Sin embargo, este abordaje más extenso conlleva mayor riesgo de complicaciones postoperatorias y prolonga el tiempo de recuperación, por lo que su indicación debe individualizarse de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente⁴.

En el caso presentado, se optó por el manejo quirúrgico mediante enterolitotomía única, decisión basada en las características clínicas del paciente y en la falta de disponibilidad de medios endoscópicos terapéuticos. Esta conducta es respaldada por otros autores, quienes la consideran una alternativa segura y eficaz, con baja tasa de recurrencia cuando el conducto cístico permanece permeable⁵. La evolución favorable observada en este caso refuerza la pertinencia de este abordaje en contextos similares.

Dado que el SB representa una entidad infrecuente y de diagnóstico complejo, resulta fundamental continuar generando evidencia sobre los resultados comparativos entre el tratamiento endoscópico y el quirúrgico. Esto permitirá optimizar la toma de decisiones terapéuticas y mejorar el pronóstico de esta condición, que, pese a su baja incidencia, puede asociarse con elevada morbimortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente.

Conclusión

Más allá de la rareza del SB, este caso representó un reto diagnóstico y terapéutico en el que la experiencia clínica, el juicio quirúrgico y la revisión de la literatura fueron fundamentales para una resolución exitosa. Nos deja la enseñanza de mantener una alta sospecha diagnóstica ante cuadros de obstrucción gastrointestinal en pacientes con antecedentes de colelitiasis, sin subestimar entidades poco frecuentes. Asimismo, refuerza la importancia de adaptar el abordaje terapéutico a las condiciones clínicas del paciente y a los recursos institucionales disponibles. Este tipo de experiencias, incluso en etapas formativas, consolidan el pensamiento quirúrgico crítico y el compromiso con una atención individualizada y oportuna.

Referencias

1. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Biliary ileus: clinical presentation, diagnostic and therapeutic approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(1):65–76. doi:10.4240/wjgs.v8.i1.65
2. Caldwell KM, Lee SJ, Leggett PL, Bajwa KS, Mehta SS, Shah SK. Bouveret syndrome: current management strategies. *Clin Exp Gastroenterol.* 2018;11:69–75. doi:10.2147/CEG.S132069
3. Atri S, Elaifia R, Sebai A. Bouveret's syndrome in an elderly patient: a rare cause of gastric outlet obstruction. *Int J Surg Case*

Rep. 2024;116:109438.
doi:10.1016/j.ijscr.2024.109438

4. Navarro del Río E, Hernández-Zúñiga JF. Bouveret's syndrome: a rare complication of cholelithiasis – a case report and literature review. *Cir Cir.* 2020;88(1):95–99. doi:10.24875/CIRU.19000681
5. Tackett C, Stahl P, McCloud A, Eisner J. Surgical treatment of Bouveret syndrome without completion cholecystectomy. *Int J Surg Case Rep.* 2025;117:111248. doi:10.1016/j.ijscr.2025.111248