IMAGEN DEL MES

Síndrome de Bouveret

Bouveret syndrome

Enrique Petracchi¹

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2575-4656>

Diego Chaktoura²

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3258-6109>

Pablo Merchán³

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8283-4268>

DOI : 10.31837/cir.urug/5.1.8

Recibido: 5 de junio de 2020

Aceptado: 29 de setiembre de 2020

Figura. Tomografía computarizada: corte coronal (A) y axial (B) muestran la vesícula biliar con litiasis en su interior (flecha negra) fistula colecistoduodenal y litiasis en el bulbo duodenal (flecha blanca) y el estómago distendido (*)

¹Cirujano MAAC, servicio de cirugía del General Hospital Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina. petracchi@hotmail.com

²Residente 4to año servicio de cirugía del General Hospital Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina

³Residente 3to año servicio de cirugía del General Hospital Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina

Síndrome de Bouveret. Mujer de 59 años, consultó a urgencias por dolor abdominal generalizado, acompañado de náusea y vómitos de 72 horas de evolución. Al examen físico presentó un abdomen blando, distendido, sin signos de peritonismo. La tomografía computarizada evidenció una obstrucción gástrica secundaria al impacto de un cálculo en el bulbo duodenal. Se realizó gastrotomía con extracción de litiasis a nivel duodenal y a nivel vesicular, se realizó rafia con puntos separados y se colocó drenaje. El síndrome de Bouveret, ocasionado por un cálculo se aloja en el bulbo y causa obstrucción gástrica secundario a una fistula colecistoduodenal o coledocoduodenal. Se presenta entre el 1 y 3% de todos los casos de íleo biliar, con mayor frecuencia en mujeres de 70 a 75 años.

Clínicamente se presenta con dolor epigástrico, náuseas y vómitos.

El tratamiento quirúrgico es una opción y la conducta terapéutica debe individualizarse en cada paciente.