



Síndrome de Bouveret

Bouveret syndrome

Reyna Castro Rivera,* Josué Eduardo Paredes Viquez[†]

Citar como: Castro RR, Paredes VJE. Síndrome de Bouveret. Acta Med GA. 2026; 24 (4): 478-480. <https://dx.doi.org/10.35366/123522>

Resumen

El síndrome de Bouveret es una forma muy rara de obstrucción de la salida gástrica tras el paso de un cálculo biliar de la vesícula biliar al duodeno o al píloro a través de una fístula bilioentérica. Este síndrome poco frecuente fue descrito por primera vez en 1896 por Leon Bouveret, un médico francés, y desde entonces lleva su nombre. La tríada clásica de Rigler, estómago dilatado, neumobilia y cálculo ectópico que se presenta como un defecto de llenado en el duodeno observado en una tomografía computarizada es patognomónico del síndrome de Bouveret. El objetivo terapéutico principal es la extracción del cálculo biliar.

Palabras clave: síndrome de Bouveret, íleo biliar, síndrome de Mirizzi, oclusión, triada de Rigler.

Abstract

Bouveret syndrome is a very rare form of gastric outlet obstruction following the passage of a gallstone from the gallbladder to the duodenum or pylorus through a bilioenteric fistula. This rare syndrome was first described in 1896 by Leon Bouveret, a French physician, which since then bears his name. A classic Rigler's triad of dilated stomach, pneumobilia, and ectopic stone appearing as a filling defect in the duodenum seen on a CT scan is virtually pathognomonic of the Bouveret's syndrome. The primary therapeutic goal is gallstone retrieval.

Keywords: Bouveret's syndrome, gallstone ileus, Mirizzi's syndrome, bowel obstruction, Rigler's triad.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una obstrucción del sistema gastrointestinal que se produce a causa de cálculos biliares; sin embargo, sólo afecta a aproximadamente 0.3-0.5% de los pacientes con este padecimiento. La obstrucción suele producirse en el íleon terminal y la válvula ileocecal (70%); rara vez se produce en el íleon proximal o el yeyuno (20-40%).

La obstrucción de la salida gástrica que se produce por cálculos biliares impactados en el estómago distal o el duodeno proximal después de pasar por una fístula colecistoduodenal, colecistogástrica o, en raras ocasiones, coledocoduodenal, se denomina síndrome de Bouveret.^{1,2}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años, ingresa al servicio de Urgencias con dolor abdominal, náuseas y vómitos de una semana de evolución; la exploración abdominal reveló sensibilidad en el cuadrante superior derecho, distensión, ausencia de ruidos intestinales, sin datos de irritación peritoneal. Con laboratorios dentro de la normalidad.

La tomografía axial computarizada con contraste de abdomen mostró cálculo biliar en el duodeno (*Figura 1*), neumobilia y distensión gástrica (*Figura 2*), evidenciando la tríada de Rigler, consistente en obstrucción del intestino delgado, neumobilia y cálculo biliar ectópico, patognomónica de síndrome de Bouveret. La paciente fue sometida

* Cirujano General, Hospital General de Zona No. 57 "La Quebrada", Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
ORCID: 0009-0001-0423-4969

[†] Médico General adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", Ciudad de México.
ORCID: 0009-0003-1166-5622

Correspondencia:

Reyna Castro Rivera
Correo electrónico: dra.reynacastro@gmail.com

Recibido: 08-08-2025. Aceptado: 29-08-2025.



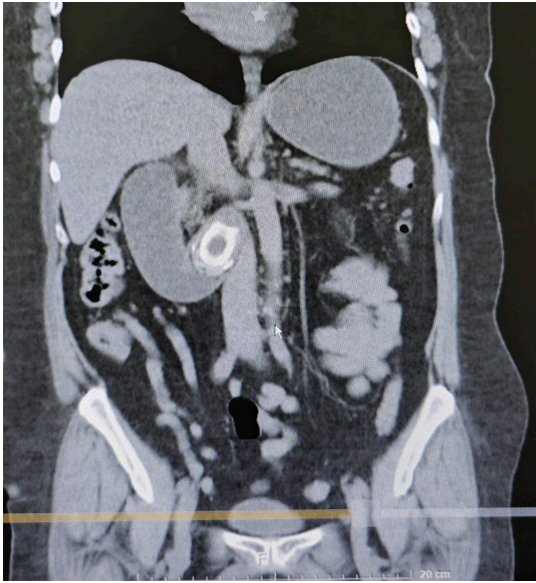


Figura 1: Lito en dudodeno, corte coronal.

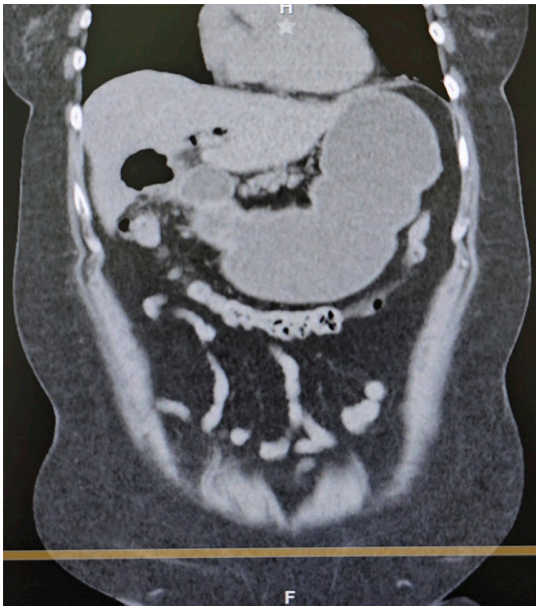


Figura 2: Dilatación gástrica y neumobilia, corte coronal.

a laparotomía y el cálculo fue extraído con éxito a través de gastrotomía (*Figura 3*).

El postoperatorio transcurrió sin incidentes. Tres días después de la intervención, se le administró dieta, la cual toleró adecuadamente, por lo que fue dada de alta sin ninguna complicación.

DISCUSIÓN

El síndrome de Bouveret describe la obstrucción de la salida gástrica secundaria a un cálculo biliar impactado que alcanzó el intestino delgado a través de una fístula bilioentérica; es un síndrome raro, con tan sólo 1-4% de todas las obstrucciones del intestino delgado.³

La variante infrecuente de íleo biliar, conocida como síndrome de Bouveret, tiene una alta tasa de morbilidad y síntomas inespecíficos que dificultan su diagnóstico y tratamiento. Se trata de una entidad clínicamente distintiva debida a una obstrucción gastrointestinal proximal, generalmente causada por un cálculo biliar de gran tamaño (normalmente > 2.5 cm).³

Las modalidades de tratamiento quirúrgico para la patología son la extracción del cálculo mediante gastrotomía o enterotomía; adicionalmente, se han descrito técnicas donde además se realiza colecistectomía y la reparación de la fístula.⁴

CONCLUSIONES

El síndrome de Bouveret es una causa poco común de oclusión intestinal, pero presenta una alta tasa de morbilidad debido a la naturaleza inespecífica de sus síntomas, lo que dificultan su diagnóstico y tratamiento oportuno. Para una atención eficaz, es fundamental un enfoque multidisciplinario, siendo la intervención

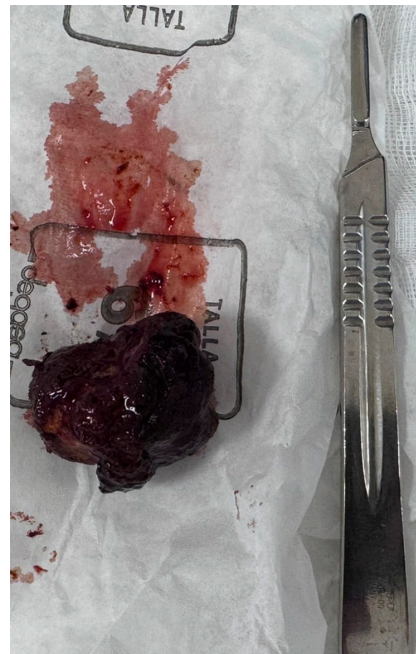


Figura 3:

Cálculo biliar extraído.

endoscópica la primera opción terapéutica. Cuando las técnicas endoscópicas no resultan exitosas, la cirugía es una alternativa necesaria.

REFERENCIAS

1. Philipose J, Khan HM, Ahmed M, Idiculla PS, Andrawes S. Bouveret's syndrome. *Cureus*. 2019; 11 (4): e4414. doi: 10.7759/cureus.4414.
2. Haddad FG, Mansour W, Deeb L. Bouveret's syndrome: literature review. *Cureus*. 2018; 10 (3): e2299. doi: 10.7759/cureus.2299.
3. Koulaouzidis A, Moschos J. Bouveret's syndrome. Narrative review. *Ann Hepatol*. 2007; 6 (2): 89-91.
4. Thatipalli N, Gattani R, Nayak K, Sudabattula K. Bouveret syndrome: etiology, clinical presentation, differential diagnosis, complications, and treatment options. *Cureus*. 2024; 16 (7): e64754. doi: 10.7759/cureus.64754.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx