

## Síndrome de Bouveret como causa de sangrado de vías digestivas

### Bouveret's syndrome as a cause of bleeding from the digestive tract

Ivan Lozada-Martínez<sup>1</sup>, Luis Herrera-Zabaleta<sup>2</sup>, Néstor Muñoz-Botero<sup>3</sup>, José Plata-Patiño<sup>3</sup>,  
Jorge Castilla-Tarra<sup>3</sup>, María Bolaño-Romero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía General, E.S.E. Hospital Universitario del Caribe, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

<sup>3</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital El Tunal, Bogotá, Colombia

\* Dirigir correspondencia a: [ivandavidloma@gmail.com](mailto:ivandavidloma@gmail.com)

#### Proceso Editorial

Recibido: 17 05 20

Aceptado: 19 10 20

Publicado: 25 11 20

#### RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de *Bouveret* es una condición de observación infrecuente, descrita como la obstrucción de la salida gástrica secundario a un litio biliar impactado en el duodeno, gracias a la presencia de una fistula bilioentérica. El cuadro clínico producido por esta entidad es inespecífico y generalmente de inicio benigno, por lo que puede no ser diagnosticada y precipitar complicaciones con el paso del tiempo. **Caso clínico:** Paciente femenina de 84 años de edad que acude al servicio de urgencia en la ciudad de Cartagena, Colombia; por un cuadro clínico de aproximadamente 3 días de evolución, consistente en 3 deposiciones melénicas y 2 vómitos hemáticos en cuncho de café, asociado a epigastralgia ocasional en el mismo tiempo. **Discusión:** El síndrome de *Bouveret* es una complicación extraordinaria de la enfermedad litiasica biliar. La melena y melanemesis son signos que sugieren la presencia de esta entidad, por lo que es indispensable la valoración de factores de riesgo para el descarte de diagnósticos diferenciales. La tomografía computarizada es el gold estándar para el diagnóstico imagenológico, pudiéndose encontrar la triada de *Rigler*. La intervención endoscópica es la terapia de primera línea, reservándose la enterolitotomía abierta en caso de falla terapéutica o progresión del cuadro clínico a íleo biliar.

**Palabras clave:** Hemorragia Gastrointestinal; Cálculos; Obstrucción Duodenal; Melena; Informes de Casos.

#### ABSTRACT

**Background:** Bouveret's syndrome is an infrequent observation condition, described as gastric outlet obstruction secondary to bile lithium impacted in the duodenum, due to the presence of a bilioenteric fistula. The clinical picture produced by this entity is nonspecific and generally of benign onset, so it may not be diagnosed and precipitate complications over time. **Case report:** 84-year-old female patient who attends the emergency service in the city of Cartagena, Colombia; by a clinical picture of approximately 3 days of evolution, consisting of 3 melanic stools and 2 haematic vomiting in a coffee cup, associated with occasional epigastric pain at the same time. **Discussion:** Bouveret's syndrome is an extraordinary complication of biliary stone disease. Melena and melanemesis are signs that suggest the presence of this entity, so the assessment of risk factors is essential to rule out differential diagnoses. Computed tomography is the gold standard for imaging diagnosis, and Rigler's triad can be found. Endoscopic intervention is first-line therapy, reserving open enterolithotomy in case of therapeutic failure or progression of the clinical picture to gallstone ileus.

**Keywords:** Gastrointestinal Hemorrhage; Calculi; Duodenal Obstruction; Melena; Case Reports.

[DOI 10.17081/  
innosa.106](https://doi.org/10.17081/innosa.106)

©Copyright2020.

Lozada-Martínez<sup>1</sup> et al.



## I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de *Bouveret* es una condición de observación infrecuente, estimándose una incidencia del 1% - 3% como complicación de la litiasis biliar (1). Se define como la obstrucción de la salida gástrica secundario a un litio biliar impactado en el duodeno, gracias a la presencia de una fistula bilioentérica (2). El cuadro clínico producido por esta entidad es inespecífico y generalmente de inicio benigno, por lo que puede no ser diagnosticada y precipitar complicaciones con el paso del tiempo (3). Se han reportado manifestaciones que pueden simular una etiología totalmente diferente a la esperada, como por ejemplo desde pancreatitis aguda hasta un síndrome de *Boerhaave* (4). El objetivo de este manuscrito consiste en describir un caso singular, toda vez que debido a epidemiología regional, el diagnóstico diferencial de síndrome de *Bouveret* por hemorragia de vías digestiva es sumamente difícil, lo que resulta en un reto para su diagnóstico definitivo.

## II. CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 84 años de edad que acude al servicio de urgencia en la ciudad de Cartagena, Colombia; por un cuadro clínico de aproximadamente 3 días de evolución, consistente en 3 deposiciones melénicas y 2 vómitos hemáticos en cuncho de café, asociado a epigastralgia ocasional en el mismo tiempo. Al examen físico se evidencia paciente afebril, hemodinámicamente estable con signos vitales dentro de parámetros normales, con abdomen blando no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ni adenopatías regionales. Refirió hipertensión arterial como único antecedente de relevancia, encontrándose esta en metas. Se realiza análisis hemático que niega presencia de anemia o cuadro inflamatorio. Se hace esofagogastroduodenoscopia donde se evidencia abundante material hemático parcialmente digerido en estómago, con ausencia de ulcera gástrica/duodenal, pero presencia de masa obstructiva similar a un coágulo gigante obstructivo que no puede ser movilizadada ni desplazada en la tercera porción del duodeno, sospechándose de un posible litio gigante. Se solicita ecografía abdominal donde se encuentra en proyección del lecho vesicular, imagen de pared eco-sombra acompañada de edema adyacente compatible con colecistitis litiásica, además de neumobilia en el colédoco.

Se lleva a cabo ecoendoscopia que finalmente revela fistula bilioentérica con cálculo gigante en duodeno, realizándose el diagnóstico de síndrome de *Bouveret*. Paciente presenta deterioro del cuadro obstructivo, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente. Se ejecuta enterolitotomía que permite observar calculo en la cuarta porción del duodeno a la altura del ligamento de Treitz (**Figura. 1**); se realiza apertura longitudinal y cierre transversal permitiendo extraer espécimen con medidas de (3.5 cm x 3.5 cm) (**Figura. 2**). Paciente es trasladada a recuperación sin presentar complicaciones pre/postoperatorias, evolucionando de manera satisfactoria hasta el quinto día de seguimiento.

El sangrado de vías digestivas es una entidad sumamente frecuente, estimándose alrededor de un millón de hospitalizaciones anuales en los Estados Unidos, acarreando tasas de morbimortalidad altas (5). En Latinoamérica, las estadísticas afirman que la incidencia tiene un comportamiento similar, encontrándose de 100 a 150 casos por cada 100.000 habitantes por año (6). Esta condición necesita de un análisis rápido y preciso, que permita calcular el riesgo de inestabilidad hemodinámica y reponer volemia en caso de ser imperioso. La hemorragia

gastrointestinal superior, definida como el sangrado presentado por encima del ligamento de Treitz (en esófago, estómago o duodeno), se puede evidenciar a través de la hematemesis, melanemesis o melenas (7).

**Figura 1.** Fotografía donde se puede observar localización de cálculo en duodeno a 10 cm del ligamento de Treitz



**Figura 2.** Fotografía donde se evidencia cálculo con medidas de (3.5 cm x 3.5 cm).



### III. DISCUSIÓN

Las causas que con mayor frecuencia son responsables de esta entidad, son la enfermedad ulcerosa (gástrica y/o duodenal), várices esofágicas, esofagitis erosiva o severa y las malignidades (6,7). No obstante, se ha descrito un grupo numeroso de condiciones responsables de dicho cuadro clínico (**Tabla 1**). En la región del caribe Colombiano se llevó a cabo un estudio de 5 años, donde se encontró que la etiología más frecuente de las hemorragias gastrointestinales superiores, se debían a enfermedad ulcerosa gástrica y/o duodenal representando el 88 % de los casos, seguido de un 2.5 % por síndrome de Mallory-Weiss, y 1 % por varices esofágicas (8).

**Tabla 1.** Causas de hemorragia gastrointestinal superior (4-9).

Enfermedad ulcerosa (gástrica y/o duodenal)	Gastritis
Varices esofágicas	Varices gástricas
Lesiones vasculares	Úlcera esofágica
Neoplasias	Síndrome de <i>Mallory-Weiss</i>
Gastropatía secundario a hipertensión portal	Fistula aorto-entérica
Enfermedad de <i>Chron</i>	Enfermedad pancreática
Síndrome de <i>Boerhaave</i>	<b>Síndrome de <i>Bouveret</i></b>

**Fuente:** elaboración propia.

El síndrome de *Bouveret* por su parte, origina un cuadro inespecífico caracterizado principalmente por náuseas, vómitos, epigastralgia, y pérdida de peso; observándose sangrado gastrointestinal en un número reducido de casos (10). Antecedentes de enfermedad biliar, episodios frecuentes de colecistitis, edad mayor a 60 años, sexo femenino, presencia de úlcera péptica y neoplasias, son algunos factores descritos que se han asociado a la formación de la fistula bilioentérica (también llamada colecistoduodenostomía espontánea) que permite la migración del cálculo (11). Aunque la patogénesis no ha sido descrita con total claridad, se presume que esta complicación es el resultado de adherencias proyectadas hacia el intestino adyacente, con subsecuente presión e isquemia intravesicular, a causa de un proceso inflamatorio vesicular persistente, lo que erosiona la pared de este órgano y permite la salida del cálculo a través de la fistula (12).

La localización donde se impactan estos cálculos con mayor frecuencia es a nivel de la válvula ileocecal (hasta un 90% de los casos), seguido del yeyuno proximal y el íleon, encontrándose de forma excepcional en estómago, colon o duodeno (11). El íleo biliar puede presentarse

como complicación de esta entidad, siendo contemplada solamente entre el 0.3% – 0.5% de los casos, sin embargo, acarrea una mortalidad de hasta el 33% (13).

Teniendo en cuenta que esta complicación de la colelitiasis suele presentarse en pacientes de edad avanzada con comorbilidades, el diagnóstico clínico es sumamente complejo. Evidencia de dilatación gástrica, neumobilia y cálculos ectópicos con efecto de llenado en el duodeno, son signos patognomónicos en la evaluación tomográfica, representando la triada clásica de Rigler (se observa aproximadamente en el 21% de los casos) (4,14). Es fundamental destacar que la tomografía computarizada es el gold estándar para el diagnóstico, con una precisión del 99% (14).

El tratamiento se enfoca básicamente en extraer el agente obstructivo, ya sea a través de intervención endoscópica, laparoscópica o abierta. La intervención endoscópica se relaciona con las tasas más bajas de morbimortalidad quirúrgica y se encuentra como terapia de primera línea (14). La enterolitotomía abierta queda reservada como último recurso en caso de que las dos primeras opciones fallen (calculo inmóvil de tamaño considerable), o en caso de observarse deterioro del cuadro a íleo biliar (2,13,14).

El caso expuesto en el presente estudio describe la experiencia en el manejo de un caso de presentación rara en el servicio de urgencias. Tal y como se observa en la literatura, esta entidad no se encuentra dentro de los diagnósticos más frecuentes de hemorragia gastrointestinal superior, no obstante, es evidente que debe ser considerada sobre todo en pacientes femeninas de edad avanzada con antecedentes de enfermedad litiásica, ya que debe ser abordada de forma precoz para evitar el desarrollo de complicaciones derivadas de la obstrucción mecánica. Particularmente en este caso, no se consideró la resolución de la fistula bilioentérica, teniendo en cuenta la edad de la paciente. No obstante, quedo pendiente la evaluación para definir la ejecución de colecistectomía en un segundo tiempo, debido a la presencia de colecistitis litiásica.

En conclusión, el síndrome de *Bouveret* es una complicación extraordinaria de la enfermedad litiásica biliar, secundario a la presencia de una fistula bilioentérica que permite la migración del cálculo a las asas intestinales y comunicaciones adyacentes. La melena y melanemesis son signos que sugieren la presencia de esta entidad, por lo que es indispensable la valoración de factores de riesgo para el descarte de diagnósticos diferenciales. La tomografía computarizada es el gold estándar para el diagnóstico imagenológico, pudiéndose encontrar la triada de Rigler. La intervención endoscópica es la terapia de primera línea, reservándose la enterolitotomía abierta en caso de falla terapéutica o progresión del cuadro clínico a íleo biliar.

**Contribución de los autores/Author Contributions:** Conceptualización, IL, LH, NM, JP, JC, MB; metodología, IL, LH, MB; análisis formal, IL, NM, JP, JC; investigación, IL, MB; preparación del borrador original, IL, LH, MB; revisión y edición, IL, LH, NM, JP, JC, MB; supervisión, LH, NM, JP, JC. Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito. ”

**Fondos:** Esta investigación no recibió fondos externos.

**Agradecimientos:** Ninguno.

**Conflictos de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



## REFERENCIAS

1. Hanandeh A, Allamaneni S, Shikhman A. Surgical Duodenotomy Following Untreated Bouveret Syndrome. *Cureus*. 2019; 11(6):e4866. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6687419/>
2. Yu YB, Song Y, Xu JB, Qi FZ. Bouveret's syndrome: A rare presentation of gastric outlet obstruction. *Exp Ther Med*. 2019; 17(3):1813-1816. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30783453/>
3. Kalwaniya DS, Arya SV, Guha S, Kuppuswamy M, Chaggar JG, Ralte L, et al. A rare presentation of gastric outlet obstruction (GOO)-The Bouveret's syndrome. *Ann Med Surg (Lond)*. 2015; 4:67-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25830020/>
4. Philipose J, Khan HM, Ahmed M, Idiculla PS, Andrawes S. Bouveret's Syndrome. *Cureus*. 2019; 11(4):e4414. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31245202/>
5. Nable J, Graham A. Gastrointestinal Bleeding. *Emerg Med Clin North Am*. 2016; 34(2):309-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27133246/>
6. Ichiyanagui CE. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. *Acta Méd Peruana*. 2006; 23(3):152-155. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a05v23n3.pdf>
7. Saleem S, Thomas A. Management of Upper Gastrointestinal Bleeding by an Internist. *Cureus*. 2018; 10(6):e2878. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30155380/>
8. Páez O. Guía práctica clínica. Hemorragia digestiva aguda. *Salud Uninorte*. 2006; 22(2):195-206. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4098/2511>
9. Pérez N, Soto M, Alemán S, Barrios A, Rodríguez S. Síndrome de Boerhaave. *Rev Clin Med Fam*. 2015; 8(2):158-161. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2015000200012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000200012)
10. Al-Habbal Y, Ng M, Bird D, McQuillan T, Al-Khaffaf H. Uncommon presentation of a common disease - Bouveret's syndrome: A case report and systematic literature review. *World J Gastrointest Surg*. 2017; 9(1):25-36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237820/>
11. Khuwaja S, Azeem A, Semkhayev BA, Afthinos J, Guttman S. Bouveret Syndrome: When a Stone Cannot Pass the Pylorus. *ACG Case Rep J*. 2019; 6(8):e00176. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31737712/>
12. Ramírez JL. Íleo biliar y fistula bilioentérica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013; 605:155-158. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131zb.pdf>
13. Patel A, Agarwal S. The yellow brick road of Bouveret syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014; 12(8):A24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24703866/>
14. Karadimos D, Keelan S, Maundura M, Hardley A. Impacted duodenal gallstone presenting as gastric outlet obstruction: a rare case of Bouveret syndrome. *ANZ J Surg*. 2020; 90(3):379-381. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983134/>