

Frank	Nombre:
Farfán Leal	Apellido:
Sandra Bermúdez Nieto, Alvaro Arribas Marcos, Laura García Alonso de caso, Ignacio Gallego Rivera, Agustina Vicente Bartulos.	Otros Autores:
<a href="mailto:fransk8_3@yahoo.com">fransk8_3@yahoo.com</a>	E-mail:
Hospital Universitario Ramón y Cajal	Hospital:
Madrid	Ciudad:
Fístula colecistoduodenal con evolución a síndrome de Bouveret	Título:
Mujer de 88 años con antecedente de colelitiasis, que acude al SU por dolor abdominal focalizado en HD, sin otra sintomatología asociada, quién 48 horas antes había sido dada de alta por cólico biliar no complicado, pero que ante la reaparición del dolor y ligera leucocitosis ( $11,7 \times 10^9/L$ ) se realiza ecografía ante la sospecha de colecistitis aguda. En la ecografía llama la atención la aerobilia severa, sin llegar a visualizar la vesícula debido a la presencia de sombra acústica condicionada por voluminosa litiasis por lo que se decide completar el estudio con TC de abdomen. En esta última se identifica litiasis de gran tamaño (5 x 4 cm), impactada en el bulbo duodenal con paso de la misma a través de fístula colecistoduodenal, asociada a cambios inflamatorios de la grasa local y vesícula parcialmente colapsada.	Presentación:
Ante los hallazgos anteriormente descritos la paciente es valorada por el servicio de Cirugía, el cual decide un manejo conservador. Seis horas después, la paciente va a quirófano por empeoramiento clínico con diagnóstico de íleo biliar. En el procedimiento se extrae litiasis impactada en el bulbo duodenal, que condicionaba un cuadro de obstrucción intestinal alta; entidad conocida como síndrome de Bouveret. Aunque con el estudio ecográfico inicial no se llegó a visualizar la fístula colecistoduodenal, la presencia de aerobilia nos debe hacer sospechar la existencia de la misma, inclusive en un paciente paucisintomático y completar el estudio con TC.	Discusión :
El cuadro clínico ocasionado por una fístula colecistoduodenal es muy variado e inespecífico, por lo las pruebas de imagen son de gran valor para el correcto manejo del paciente. Nuestro caso ilustra cómo en algunas ocasiones podría ser un hallazgo incidental (sobre todo cuando aún no condiciona íleo biliar) y resalta el valor de los signos ecográficos indirectos que tendrían que hacernos pensar en la misma.	Conclusión:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gan S, Roy-choudhury S, Agrawal S et-al. More than meets the eye: subtle but important CT findings in Bouveret's syndrome. AJR Am J Roentgenol. 2008;191 (1): 182-5</li> <li>2. Nuno-Guzman, C.M, Marin-Contreras, M.E, Figueroa-Sanchez, M. et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg. 2016; 8: 65–76</li> </ol>	Bibliografía:

3. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. Radiographics. 2004; 24 (4): 1171-5.

Figura 1. A) Ecografía en la que se visualiza voluminosa litiasis con sombra acústica que impide la valoración de la vesícula y focos de aerobilia. B) Corte axial de TC de abdomen en fase portal, en el que se identifica la fístula colecistoduodenal, con la vesícula parcialmente colapsada, aunque con aire en su interior y la litiasis (flecha) en el interior del duodeno. C) Corte oblicuo coronal de TC en el que se observa la litiasis impactada en el bulbo duodenal, con cambios inflamatorios locales asociados. D) Plano oblicuo coronal de TC en el que se aprecia marcada aerobilia.

Pie de foto: