

Elena	Nombre:
López Banet	Apellido:
Juan Francisco Martínez Martínez, M <sup>a</sup> Carolina Gutiérrez Ramírez, Renzo Javier Andrade Gonzales, Yésica Martínez Paredes, Cristina Serrano García	Otros Autores:
<a href="mailto:eloba3@hotmail.com">eloba3@hotmail.com</a>	E-mail:
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	Hospital:
Murcia	Ciudad:
SÍNDROME DE BOUVERET: HALLAZGOS ESPECÍFICOS EN IMAGEN	Título:
Mujer de 82 años sin antecedentes de interés que consultó en urgencias por dolor abdominal. Refería dolor en epigastrio-mesogastrio de 2 semanas de evolución en aumento. A la exploración física destacaba abdomen globuloso y distendido. En la radiografía simple se visualizaron signos de obstrucción intestinal e imagen calcificada en hipocondrio derecho que impresionaba de vesícula en porcelana. Se decidió realizar tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste intravenoso en la que llamaba la atención una vesícula biliar escleroatrófica con plastrón inflamatorio perivesicular, neumobilia y líquido libre. Se identificó un cálculo biliar de 4,5 cm localizado en la luz del píloro-primera porción duodenal, con severa dilatación retrógrada de la cámara gástrica; hallazgos compatibles con fístula colecisto-duodenal con obstrucción gástrica (síndrome de Bouveret). Finalmente, la paciente se intervino de urgencia y se confirmaron los hallazgos.	Presentación:
El síndrome de Bouveret es una complicación infrecuente del íleo biliar proximal que consiste en obstrucción gástrica por impactación de un cálculo en píloro-duodeno proximal. Es más frecuente en mujeres ancianas y la sintomatología es variable e inespecífica. En el 85% de los pacientes con fístula colecisto-entérica esta se localiza en el duodeno y el cálculo pasa al intestino sin obstruirlo. El hallazgo más específico para el diagnóstico en TC es la triada de Rigler (obstrucción intestinal, neumobilia y cálculo biliar ectópico), aunque sólo se visualiza en un 30-35% de pacientes, como es nuestro caso. En la radiografía se podría identificar el cálculo calcificado y sugerir su localización ectópica si esta ha cambiado con respecto a estudios previos. El diagnóstico radiológico permite el tratamiento precoz y disminuye la alta mortalidad cuadro.	Discusión :
El síndrome de Bouveret es una complicación infrecuente del íleo biliar que conlleva alta mortalidad. El conocimiento de los signos específicos en imagen ayuda al diagnóstico precoz y mejora el pronóstico.	Conclusión:
1. Singh AK, Shirkhoda A, Lal N et al. (2003). Bouveret's syndrome: appearance on CT and upper gastrointestinal radiography before and after stone obturation. AJR;181:828-830 2. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S (2004). Bouveret syndrome. Radiographics. 24: 1171-1175 3. Gan S, Roy-choudhury S, Agrawal S et al. (2008). More than meets the eye: subtle but important CT findings in Bouveret's syndrome. AJR;191:182-185.	Bibliografía:
(a) Radiografía simple de abdomen que muestra una imagen redondeada radiopaca con centro radiolúcido en hipocondrio derecho (flecha), así como un aumento de densidad en hipocondrio-flanco izquierdo y signos de obstrucción intestinal. Imágenes	Pie de foto:

<p>de TC con contraste i.v con reconstrucción MIP en planos coronales oblicuos (b,c) y axial oblicuo (d) en las que se observa vesícula biliar escleroatrófica con plastrón inflamatorio y aire perivesicular (cabezas de flechas). También se aprecia neumobilia (flecha en c) y cálculo biliar de gran tamaño localizado en píloro-primera porción duodenal que condiciona obstrucción con severa dilatación gástrica.</p>	
--	--