

Mª Teresa	Nombre:
Álvarez de Eulate García	Apellido:
Elena Núñez Miguel, María Pina Pallín, Rebeca Sigüenza González, Marta Sánchez Ronco, Jorge Galván Fernández.	Otros Autores:
<a href="mailto:teresaeulate@hotmail.com">teresaeulate@hotmail.com</a>	E-mail:
Hospital Clínico Universitario	Hospital:
Valladolid	Ciudad:
Obstrucción gástrica con fístula colecistoduodenal: Síndrome de Bouveret	Título:
Mujer de 79 años, sin AP de interés, acude a Urgencias con náuseas, vómitos y dolor epigástrico de cuatro días de evolución. Se realiza TC de abdomen con contraste, que confirma la presencia de una gran piedra en el bulbo ocasionando estómago de retención (el estómago se apreciaba parcialmente descomprimido por la presencia de una sonda nasogástrica). Además existía engrosamiento de la pared duodenal, adyacente y sin plano de separación, a una vesícula contraída con la pared también gruesa y aire en la vía biliar, hallazgos sugestivos de síndrome de Bouveret. En la gastroscopia se observa el bulbo totalmente ocupado por una gran litiasis que no se consigue movilizar, por lo que finalmente se realiza de forma quirúrgica gastrotomía con extracción del cálculo.	Presentación:
El síndrome de Bouveret es una causa rara de íleo biliar proximal, consiste en una obstrucción gástrica por una litiasis impactada en el píloro o bulbo duodenal, secundaria a una fístula colecistoentérica. Se observa con más frecuencia en mujeres de edad avanzada manifestándose con síntomas poco específicos como náuseas, vómitos o dolor epigástrico. La TC tiene una gran sensibilidad en la identificación de la triada de Rigler (aerobilia, litiasis biliar ectópica y obstrucción intestinal), que se considera altamente sugestiva de esta entidad. Estos pacientes por su avanzada edad y enfermedades concomitantes, suelen ser pobres candidatos quirúrgicos, por lo que el abordaje endoscópico suele ser la primera técnica terapéutica de elección.	Discusión :
El síndrome de Bouveret es una forma de presentación rara de una patología muy frecuente, especialmente prevalente en población de edad avanzada y en la que la TC constituye una herramienta diagnóstica de gran utilidad para detectar la típica triada de Rigler.	Conclusión:
[1]Puri V, Lee RW, Amirlak BA, et al (2007) Bouveret syndrome and gallstone ileus. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. [2]Mahesh V. Jayaraman, William W. Mayo-Smith, Jonathan S. Movson, et al (2001) CT of the Duodenum: An Overlooked Segment Gets Its Due. RadioGraphics. [3]Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S (2004) Bouveret syndrome. Radiographics. [4]ZP Englert et al (2012) Syndrome: Gallstone Ileus of the Duodenum. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.	Bibliografía:
A y B: TC Abdomen con CIV, cortes axial y coronal: estómago de retención secundario a piedra en bulbo duodenal, el cual muestra engrosamiento mural concéntrico y se encuentra en contacto sin plano de separación con una vesícula contraída y con pared engrosada. Aerobilia. C: Imagen de la gastroscopia: gran litiasis ocupando el bulbo	Pie de foto:

duodenal. D: Imagen adquirida durante la intervención quirúrgica: litiasis obstructiva.	
---	--