



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

### Síndrome de Bouveret: una causa rara de obstrucción de salida gástrica por cálculo biliar impactado a través de una fístula colecistoduodenal



**Bouveret's syndrome: a rare cause of gastric outlet obstruction by an impacted gallstone via a cholecystoduodenal fistula**

M. Nagahama<sup>a</sup>, T. Chibana<sup>a</sup> y A. Hokama<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Cirugía, Hospital de la Ciudad de Naha, Naha, Okinawa, Japón

<sup>b</sup> Departamento de Control Médico, Hospital de la Ciudad de Naha, Naha, Okinawa, Japón

Una mujer de 78 años presentó 2 días de vómito posprandial. En el examen físico se observaron signos vitales normales y ausencia de dolor en el abdomen. Las tomografías computarizadas identificaron una masa calcificada de 3 cm incrustada en la primera porción del duodeno, causando obstrucción de la salida gástrica (fig. 1). La endoscopia superior confirmó un cálculo grande impactado en el duodeno (fig. 2). Con base en el diagnóstico de síndrome de Bouveret, la paciente se sometió a enterolitotomía abierta, colecistectomía y reparación de fístula colecistoduodenal. El curso postoperatorio fue sin eventos. El síndrome de Bouveret fue descrito por primera vez en 1896 por el médico francés Leon Bouveret

y se caracteriza por la presencia de un cálculo grande que bloquea la luz del duodeno o del píloro debido a una fístula bilioentérica. La adherencia de la vesícula biliar inflamada al tracto gastrointestinal, seguida de una rotura isquémica y estrés mecánico por los cálculos, pueden causar la fístula. Aunque la litotripsia electrohidráulica endoscópica ha sido utilizada en todo el mundo, la mayoría de los casos requieren intervención quirúrgica. El caso presente destaca la importancia de la identificación temprana del síndrome de Bouveret para mejorar los desenlaces y disminuir la elevada mortalidad asociada.

\* Autor para correspondencia. Departamento de Control Médico, Hospital de la Ciudad de Naha, 2-31-1 Furujima, Naha, Okinawa 902-8511, Japón. Teléfono: +81-988845111. Fax: +81-988859596.

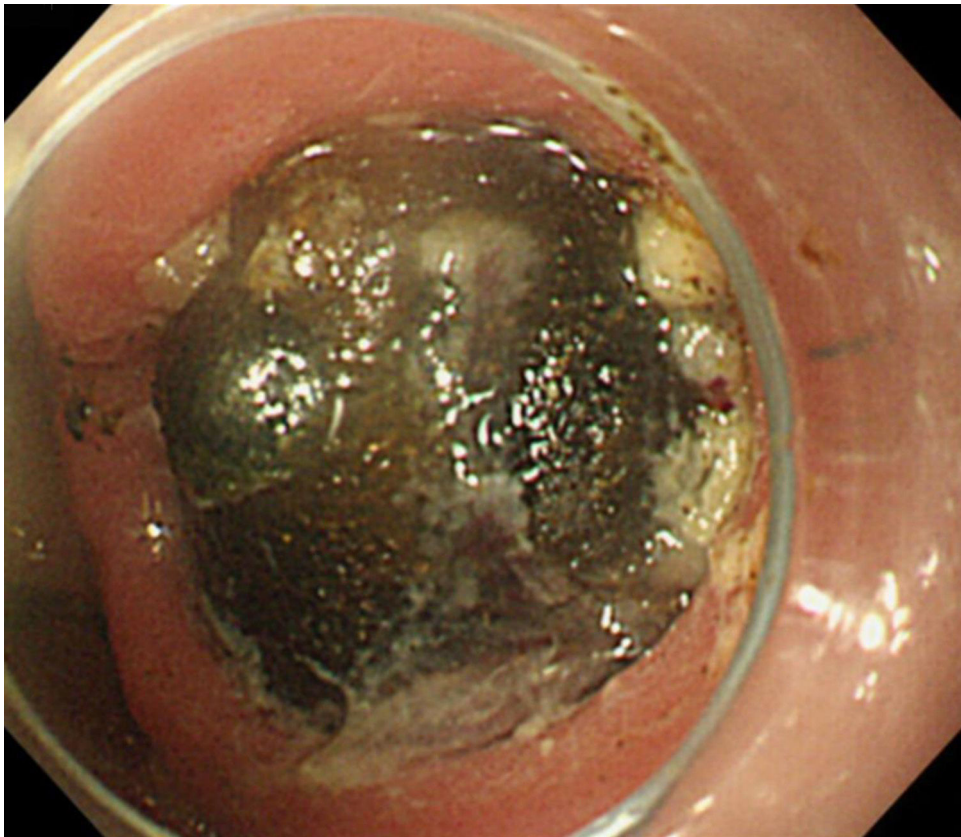
Correo electrónico: [hokamaakira@gmail.com](mailto:hokamaakira@gmail.com) (A. Hokama).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.03.004>

0375-0906/© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 1** Una TC coronal reveló el cálculo impactado (flecha) en la primera porción del duodeno y la marcada distensión gástrica.



**Figura 2** La apariencia endoscópica del cálculo impactado en la primera porción del duodeno, lo cual resultó en una obstrucción total de la salida gástrica.

## **Financiación**

No se recibió financiación alguna con relación al presente artículo.

## **Consideraciones éticas**

Los autores declaran que no se realizaron experimentos con humanos o animales en el presente estudio. Los autores tra-

taron todos los datos de la paciente con confidencialidad y anonimato. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente.

## **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.