



Caso clínico

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 19 Núm. 3 Jul.-Sep. 2018

Ictericia obstructiva secundaria a síndrome de Lemmel. Reporte de caso

David Kevin Melo Muñoz,* Víctor Manuel Sánchez Sotelo,* Gerardo Ángel Dávila Jaimes*

Resumen

Introducción: El síndrome de Lemmel, entidad poco frecuente, es la obstrucción biliar sintomática causada por un divertículo periampular. Se presenta un caso clínico con esta entidad, donde se describe su protocolo diagnóstico y manejo resolutivo. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 71 años sin antecedentes con relación al padecimiento actual. Inició hace 18 meses con dolor recurrente en hipocondrio derecho asociado a ictericia intermitente. Por ello, es sometida a colecistectomía laparoscópica en otra unidad hospitalaria. Sin embargo, la paciente persistió con ictericia, razón por la que fue referida a nuestro servicio. Mediante CPRE diagnosticamos un divertículo yuxtagástrico sin evidencia de coledocolitiasis. **Conclusiones:** El síndrome de Lemmel es una entidad poco frecuente y su diagnóstico requiere, además de un alto índice de sospecha, estudios de imagenología multimodales (USG, RMN y/o endoscópicos, CPRE). Las decisiones terapéuticas se enfocan en lograr un drenaje adecuado de la vía biliar.

Palabras clave: Síndrome de Lemmel, síndrome icterico obstructivo, CPRE, divertículo duodenal, divertículo yuxtagástrico.

Abstract

Introduction: Lemmel syndrome a rare entity, its a symptomatic biliary obstruction caused by a periampullary diverticulum. A clinical case is presented with this entity. Its diagnostic protocol, and operative management is described. **Case report:** A 71-year-old female without antecedents related to the present illness. Started 18 months ago with recurrent pain on the right hypochondrium associated with intermittent jaundice. Therefore, she is subjected to a laparoscopic cholecystectomy in another hospital unit. However, the patient persisted with jaundice, which is why she was referred to our service. Through ERCP we diagnose a juxta-papillary diverticulum without evidence of choledocholithiasis. **Conclusions:** Lemmel's syndrome is a rare entity and its diagnosis requires; in addition to a high index of suspicion, multimodal imaging studies (US, MRI and/or endoscopy, ERCP). The therapeutic decisions focus on achieving an adequate drainage of the bile duct.

Key words: Lemmel syndrome, obstructive jaundice syndrome, ERCP, duodenal diverticulum, juxtagastric diverticulum.

INTRODUCCIÓN

Lemmel observó en 1934 la presencia de divertículos duodenales próximos al ámpula de Vater, y su asociación con desarrollo de enfermedades pancreatobiliares.¹ A partir de entonces se define el síndrome de Lemmel como la obstrucción de la vía biliar, secundaria a un divertículo yuxtagástrico, en ausencia de coledocolitiasis u otra alteración que fuera causa de la misma.²

Los divertículos duodenales tienen una prevalencia aproximada de 5 a 10%³ en la población general; sin em-

bargo, el síndrome de Lemmel tiene baja incidencia, por lo que su diagnóstico preoperatorio es complejo.

El objetivo de esta presentación es describir un caso de este raro padecimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 71 años de edad, sin antecedentes personales y patológicos de importancia. La paciente inició su padecimiento actual hace un año y seis meses al acudir con facultativo por presentar dolor en hipocondrio derecho y epigastrio asociado a ictericia intermitente, razón por la cual se decidió realizar en otro hospital, colecistectomía laparoscópica, aparentemente sin complicaciones intraoperatorias.

Posterior al evento quirúrgico, la paciente persistió con ictericia y dolor en hipocondrio derecho, por lo cual se refirió al servicio de endoscopía donde se recibió a la paciente con los siguientes estudios de laboratorio: BT 3.2 mg/dL, BD 2.4 mg/dL, BI 0.8 mg/dL, FA 250 U/L, TGO 21

* Cirugía General. Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos».

Correspondencia:

Dr. David Kevin Melo Muñoz

Paseo Colón Núm. 364,
Col. Capultitlán, 50260, Toluca, Estado de México.
Tel: 044 7226 223139
E-mail: dkmm.dr89@hotmail.com

U/L, TGP 27 U/L. Estudios de imagen con tomografía de doble contraste (*Figura 1*) y colangiorresonancia (*Figura 2*) en la cual se observa dilatación de la vía biliar y ausencia de coledocolitiasis.

Se decidió la realización de una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) donde se logró identificar un divertículo en la segunda porción del duodeno, a 1 cm del ámpula de Vater. Se corroboró la ausencia de coledocolitiasis u otras causas de obstrucción de la vía biliar llegando al diagnóstico de síndrome de Lemmel y se decidió realizar esfinterotomía endoscópica para drenar la vía biliar (*Figura 3*).

Como secuela de este procedimiento la paciente desarrolló pancreatitis leve, con los siguientes parámetros de laboratorio: Amilasa 2,400 U/L, lipasa 3111 U/L, PaO₂/FiO₂ 322, Cr 1.1 mg/dL, presión arterial sistólica 100 mmHg. Se realizó TAC dinámica de páncreas identificando colecciones peripancreáticas, así como pseudoquiste pancreático al cual se decidió no tratar quirúrgicamente debido a sus dimensiones pequeñas y tiempo de evolución (*Figura 4*). Posterior al manejo de la pancreatitis presentó mejoría clínica con remisión del dolor y toleró la vía oral. La paciente no volvió a presentar ictericia desde la realización de la CPRE con esfinterotomía asegurando el drenaje de la vía biliar.



Figura 1. TAC con doble contraste con evidencia de dilatación de la vía biliar, ausencia de coledocolitiasis u otras causas de obstrucción.

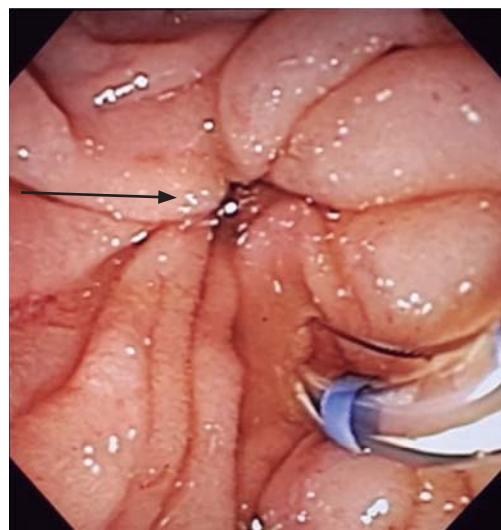


Figura 3. CPRE con la identificación de divertículo yuxtagapilar (flecha) a 1 cm del ámpula de Vater sin evidencia de coledocolitiasis, donde se observa la canulación del ámpula de Vater y la realización de esfinterotomía



Figura 2. La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) demuestra dilatación de la vía biliar, así como ausencia de coledocolitiasis.



Figura 4. TAC dinámica con pseudoquiste de 3.5 × 3 cm (marcado) en cabeza de páncreas.

Actualmente, la paciente se encuentra en seguimiento en la consulta externa de cirugía general y no ha presentado complicaciones desde su egreso.

DISCUSIÓN

Los divertículos duodenales tienen una prevalencia de 5-10% en la población general, la cual aumenta con la edad de 10-15%, hasta la edad de 80 años. De estos, 75% son solitarios y periampulares a 2 cm. En México no existe un registro epidemiológico de este síndrome, tan sólo el reporte de un caso en nuestro país. Generalmente, se presentan como abultamientos de la mucosa y submucosa desarrollados por debilitamiento progresivo del músculo liso, y se diferencian de los congénitos intraduodenales que generalmente se asocian con malformaciones o alteraciones pancreáticas y biliares.^{3,4}

Este tipo de divertículos son asintomáticos en la mayoría de los casos, y los que desarrollan sintomatología son los que se encuentran más cercanos al ámpula de Vater (1 cm). Pueden llegar a manifestarse como pseudotumores, diverticulitis, úlcera, perforación, sangrado de tubo digestivo alto, colangitis o pancreatitis crónica.^{5,6}

Las manifestaciones clínicas más frecuentemente relacionadas con este padecimiento son: Ictericia, dolor abdominal, colangitis o mimetizando tumores periampulares.^{3,7}

El diagnóstico es por exclusión, ya que es una causa con baja incidencia de obstrucción de la vía biliar;⁸ sin embargo, hay que tenerla presente. Los estudios de imagen son indispensables, de los cuales la TAC simple y con doble contraste así como la CPRM evidencian la presencia de divertículos periampulares,³ la CPRM demuestra con más exactitud la compresión extrínseca de la vía biliar,⁷ la CPRE manifiesta la presencia del divertículo así como la compresión y lateralización de la vía biliar y se le puede tratar por este medio.³

Los objetivos del tratamiento del síndrome de Lemmel son: Disminuir las complicaciones pancreatobiliarias secundarias a la obstrucción de la vía biliar, ya sea quirúrgicamente extirmando el divertículo o por medio de

CPRE con esfinterotomía y colocación de endoprótesis, o simplemente con la remoción del contenido del divertículo, como lo reporta en su caso Wang; esto para asegurar el drenaje adecuado de la vía biliar.⁸

Dentro del manejo por CPRE en un estudio efectuado en 245 pacientes por Chiang⁹ la esfinterotomía se realizó satisfactoriamente, así como canulación en 94.9%, en pacientes con síndrome de Lemmel y se asociaron a complicaciones 7.8%, las cuales fueron hemorragia y perforación.^{3,4}

En el caso clínico reportado se decidió la realización de CPRE posterior a los estudios de imagen y de laboratorio, donde se observa una dilatación de la vía biliar con ausencia de coledocolitiasis y un patrón biliar obstructivo. Al corroborar estos datos con la CPRE y observar la presencia del divertículo yuxtapapilar se realizó canulación y esfinterotomía. A pesar de los datos presentados por Chiang⁹ en este caso clínico se asoció pancreatitis pos-CPRE como única complicación. Entre otras complicaciones asociadas se reportó también una colangitis leve posterior a la colocación de endoprótesis.⁴

El tratamiento quirúrgico llevado a cabo mediante diverticulectomía o derivación biliodigestiva está reservado para aquellos casos en los que hay perforación o hemorragia posterior a la CPRE o de manera espontánea y no se justifica su realización como tratamiento electivo en divertículos asintomáticos.^{1,4}

Como en el caso clínico presentado, el seguimiento del paciente posterior al tratamiento, se basa en lograr el drenaje biliar adecuado.

CONCLUSIONES

El síndrome de Lemmel es una entidad clínica muy poco frecuente, cuyo diagnóstico y manejo requiere un alto índice de sospecha y varias modalidades de auxiliares diagnósticos y terapéuticas multidisciplinarias. El objetivo principal de su tratamiento es asegurar el drenaje biliar adecuado para evitar complicaciones pancreatobiliarias.

REFERENCIAS

1. Cabrerizo GJ, Zalba EB. Ictericia obstructiva intermitente secundaria a síndrome de Lemmel. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:152-153.
2. Desai K, Wermers JD, Beteselassie N. Lemmel syndrome secondary to duodenal diverticulitis: A case report. *Cureus.* 2017;9:e1066.
3. Rouet J, Gaujoux S, Ronot M, Palazzo M, Cauchy F, Vilgrain V et al. Lemmel's syndrome as a rare cause of obstructive jaundice. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2012;36:628-631.
4. Mendez CJ, Medina AL, Diaz RJ, Flores RD, Vidrio DE, Jhybran TB et al. Cholangitis secondary to Lemmel syndrome. Case report. *Arch Clin Gastroenterol.* 2016;2:77-79.
5. Chan C, Bandín AR, Villalobos I. Guía de práctica clínica. Colangitis. Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. 2014, pp. 1-30.
6. Ono M, Kamisawa T, Tu Y, Egawa N. MRCP and ERCP in Lemmel syndrome. *JOP.* 2005;6:277-278.
7. Bittle MM, Gunn ML, Gross JA, Rohrmann CA. Imaging of duodenal diverticula and their complications. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012;41:20-29.
8. Wang YF, Liu KL, Yang JC. A rare cause of obstructive jaundice. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11:A31.
9. Chiang TH, Lee YC, Chiu HM, et al. Endoscopic therapeutics for patients with cholangitis caused by the juxtapapillary duodenal diverticulum. *Hepatogastroenterology* 2006; 53:501-505