



## P-281 - SÍNDROME DE LEMMEL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA COLESTASIS

Ubiña Martínez, Juan Alfredo; de Castro Monedero, Paola; Lendínez Romero, Inmaculada; Ramos Sanfiel, Jorge; Romera López, Ana Lucía; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de Lemmel es una entidad clínica rara que se manifiesta como ictericia obstructiva producida por un divertículo duodenal en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia. Los divertículos duodenales aparecen en un 5-10% de la población general, de los cuales el 75% son periampulares. Su prevalencia se incrementa con la edad, alcanzando un 15-20% a los 80 años.

**Caso clínico:** Mujer de 87 años con antecedentes personales de cardiopatía hipertensiva y bloqueo de rama izquierda e intervenida de cáncer de colon, carcinoma basocelular y hernia de disco. Ingresada anteriormente por coledocolitiasis con colangitis aguda, realizándose CPRE hasta en dos ocasiones con imposibilidad de canular papila por la presencia de un divertículo periampular. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de un día de evolución asociado a fiebre, hipotensión y oligoanuria. A la exploración presenta un abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con signo de Murphy positivo. Analítica con elevación importante de reactantes de fase aguda, y se realiza TAC de abdomen que informa de dilatación de la vía biliar con imagen de 3 cm sugerente de divertículo periampular. Se decide intervención quirúrgica urgente tras desestimar nueva CPRE, realizándose colecistectomía y colangiografía intraoperatoria, evidenciando la presencia de un divertículo periampular tipo III. Dado el estado prequirúrgico y las comorbilidades de la paciente, se decide drenaje de la vía biliar y colocación de tubo de Kehr, no actuando sobre el divertículo. La paciente presenta una evolución lenta pero favorable hasta la retirada del tubo a las dos semanas de la intervención.

**Discusión:** Por lo general los divertículos duodenales son hallazgos incidentales, ya que la mayoría son asintomáticos (95%), no precisando tratamiento ya que el riesgo de complicación es muy bajo. Se clasifican según su localización en tipo I (papila en el interior del divertículo), tipo II (papila en el margen del divertículo) y tipo III (papila fuera del divertículo). Su presencia está ligada a un aumento en la incidencia de patología biliopancreática, ya sea por compresión extrínseca de la vía biliar, o favoreciendo el reflujo biliar y con ello el sobrecrecimiento bacteriano. El diagnóstico se realiza por CPRE o colangioRMN, ya que con ambas se logra confirmar el diagnóstico, excluyendo otras causas de ictericia obstructiva. El tratamiento de elección es la esfinterotomía por CPRE, no siendo contraindicación para la misma la presencia del divertículo, aunque en ocasiones puede ser muy difícil. La cirugía se reserva para los casos de fracaso endoscópico, no existiendo consenso actualmente sobre la técnica quirúrgica a realizar. La diverticulectomía simple asocia un alto riesgo de lesión del conducto biliopancreático, por lo que algunos autores defienden añadir una coledocoyeyunostomía e incluso, una derivación gastroenterítica.