

^aUnidad de Gestión Clínica de Diagnóstico por Imagen, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^bUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^cUnidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^dUnidad de Gestión Clínica de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marioserradilla@hotmail.com (M. Serradilla Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.12.005>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Síndrome de Lemmel: ictericia obstructiva secundaria a divertículo duodenal



Lemmel's syndrome: Obstructive jaundice secondary to a duodenal diverticulum

El síndrome de Lemmel es una entidad infrecuente que fue descrita por primera vez en 1934¹ y se define como ictericia obstructiva por divertículo duodenal periampular en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia. Hasta la fecha hay pocos casos publicados y su etiopatogenia no está totalmente establecida.

Presentamos el caso de un varón de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia que se encontraba en estudio por el servicio de digestivo al presentar varios episodios autolimitados de dolor abdominal en hipocostado derecho y epigastrio, fiebre e ictericia con leucocitosis y patrón colestásico y citolítico en las analíticas realizadas. En la ecografía se observaba una dilatación del tercio proximal del colédoco de hasta 1 cm sin poder visualizar los 2 tercios distales. Se realizó una colangiografía magnética nuclear (colangio-RMN) donde se visualizó además de la dilatación de la vía biliar, un gran divertículo duodenal con nivel hidroaéreo en su interior que desplazaba y comprimía la vía biliar principal sin evidenciar imágenes sugestivas de colelitiasis ni coledocolitiasis (figs. 1 y 2). Dado que la CPRE no garantizaba el tratamiento definitivo se derivó a nuestro servicio para cirugía. En la intervención se halló un divertículo

de 4 cm en la cara posteromedial de la segunda porción duodenal yuxtapapilar, que comprimía la vía biliar distal y contenía restos alimenticios. Tras realizar colecistectomía reglada se liberó el colédoco hasta su desembocadura y el divertículo duodenal del tejido pancreático circundante. Una vez localizada la papila mediante sonda de Fogarty a través del conducto cístico se seccionó el divertículo a nivel de su cuello y se seccionó el colédoco por encima de la zona comprimida por el divertículo comprobando salida de bilis limpia y se ligó la vía biliar a nivel distal reconstruyéndose mediante coledocoyunostomía en Y de Roux. En el postoperatorio el paciente presentó un absceso subfrénico que se drenó quirúrgicamente y una fístula biliar que se resolvió con manejo conservador. El estudio anatomopatológico no reveló alteraciones patológicas en las paredes del divertículo. Actualmente, 24 meses tras la cirugía se encuentra asintomático y no ha presentado nuevos episodios de dolor abdominal ni ictericia obstructiva.

La incidencia de divertículos duodenales está en torno al 17% y aumenta con la edad². La mayoría son extraluminales y adquiridos. Se localizan con más frecuencia en la segunda porción duodenal, cercanos a la ampolla de

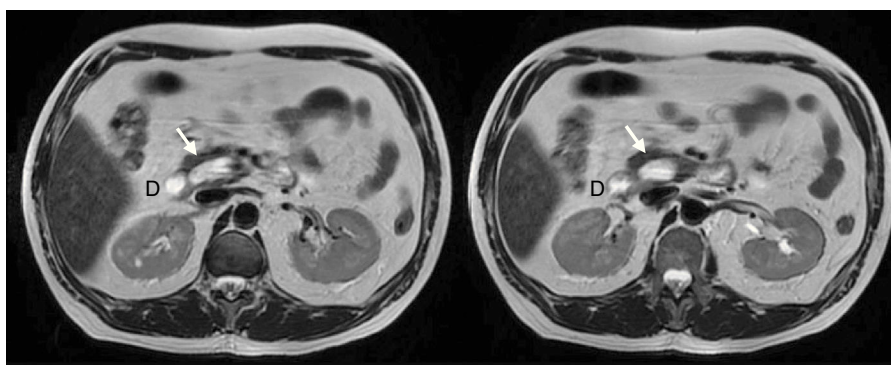


Figura 1 – Colangio-RMN donde se aprecia divertículo (flecha) medial al duodeno (D) en cortes axiales.



Figura 2 – Reconstrucción 3D donde se observa dilatación del hepatocolédoco proximal con aflamamiento distal por compresión extrínseca de un gran divertículo duodenal (flecha).

Vater (yuxtapapilares) debido a la debilidad de la pared que existe en esta zona. Solo el 5% son sintomáticos³, siendo un hallazgo incidental durante el estudio de otra enfermedad o al realizar una endoscopia digestiva alta. La existencia de un divertículo yuxtapapilar está asociada a un incremento de la incidencia de enfermedad biliopancreática debido, por un lado, a la compresión extrínseca del propio divertículo sobre la vía biliar (síndrome de Lemmel) y por otro lado, puede favorecer el sobrecrecimiento bacteriano y con ello la producción de litiasis biliares por actividad de la beta-glucuronidasa además de inducir disfunción del esfínter de Oddi conduciendo un estasis y reflujo biliar desde el duodeno hacia el colédoco⁴. Otras complicaciones asociadas son la obstrucción intestinal, la perforación y la hemorragia digestiva⁵.

En los casos asintomáticos el tratamiento no está justificado puesto que el desarrollo de una complicación es muy bajo. La esfínterotomía endoscópica es el tratamiento de elección en caso de complicación biliar o pancreática⁶. La presencia de un divertículo duodenal no contraindica dicho procedimiento, aunque si la ampolla se encuentra intradiverticular su canalización puede ser dificultosa⁷. La cirugía se reserva ante el fracaso endoscópico⁸. En nuestro caso se indicó cirugía con el fin de garantizar tratamiento definitivo a un paciente joven sin comorbilidades importantes puesto que, a pesar de realizar un tratamiento endoscópico adecuado, los síntomas biliares son recurrentes y se precisan largos periodos de observación⁹. Actualmente no existe consenso sobre la técnica quirúrgica a realizar. La diverticulectomía simple se asocia a una alta morbilidad debido al riesgo de lesión del conducto biliopancreático, por ello es mandatorio localizar la ampolla de Vater a través de duodenotomía o de forma anterógrada a través del conducto cístico o por coledocotomía. Asociar una coledocoyunostomía también disminuye este riesgo de lesión. Otros autores defienden añadir una derivación gastroentérica, sobre todo si hay inflamación local

o riesgo de perforación diverticular¹⁰. También han sido descritas otras opciones como la inversión diverticular, la esfínteroplastia transduodenal o la duodenopancreatectomía. Ninguna opción quirúrgica está exenta de complicaciones por lo que se debe individualizar el tratamiento según las características del paciente, la localización del divertículo y la experiencia del centro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lemmel G. Die klinische Bedeutung der Duodenaldivertikel. *Arch Verkrcht.* 1934;56:59-70.
2. Lobo DN, Balfour TW, Iftikhar SY, Rowlands BJ. Periapillary diverticula and pancreatico-biliary disease. *Br J Surg.* 1999;86:588-97.
3. Schnueriger B, Vorburger SA, Banz VM, Schoepfer AM, Candinas D. Diagnosis and management of the symptomatic duodenal diverticulum: A case series and a short review of the literature. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:1571-6.
4. Egawa N, Anjiki H, Takuma K, Kamisawa T. Juxtapapillary duodenal diverticula and pancreatobiliary disease. *Dig Surg.* 2010;27:105-9.
5. Akhrass R, Yaffe MB, Fischer C, Ponsky J, Shuck JM. Small bowel diverticulosis: Perceptions and reality. *J Am Coll Surg.* 1997;184:383-7.
6. Tham TCK, Kelly M. Association of periampullary duodenal diverticula with bile duct stones and with technical success of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy.* 2004;36:1050-3.
7. Boix J, Lorenzo-Zuniga V, Ananos F, Domenech E, Morillas RM, Gassull MA. Impact of periampullary duodenal diverticula at endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A proposed classification of periampullary duodenal diverticula. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006;16:208-11.
8. Mathis KL, Farley DR. Operative management of symptomatic duodenal diverticula. *Am J Surg.* 2007;26:305-9.
9. Chiang TH, Lee YC, Chiu HM, Huang SP, Lin JT, Wang HP. Endoscopic therapeutics for patients with cholangitis caused by the juxtapapillary duodenal diverticulum. *Hepatogastroenterology.* 2006;53:501-5.
10. Oukachbi N, Brouzes S. Management of complicated duodenal diverticula. *J Visc Surg.* 2013;150:173-9.

María Carmona Agúndez, Diego López Guerra, Juana Fernández Pérez y Gerardo Blanco Fernández

Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria30ca@hotmail.com (M. Carmona Agúndez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.02.003>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.