

Síndrome de Lemmel, una causa rara de ictericia

Dr. MARTIN ALONSO GOMEZ(1), JAVIER FRANCISCO ESTARITA GUERRERO(2)
OSCAR FERNANDO RUIZ (1)

1. Médico Internista y Gastroenterólogo. Unidad de Gastroenterología y Ecoendoscopia, UGEC. Hospital Universitario Nacional. Profesor de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Gastroenterólogo adscrito Hospital universitario fundación santa fe de bogota.

2. Médico Internista. Fellow de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Hospital Universitario Nacional

Institucion: Universidad Nacional de Colombia

Ciudad: Bogota

Introducción

Descrito por primera vez en 1934 por Lemmel, basado en la observación de que la presencia de un divertículo duodenal peripapilar podría generar un síndrome biliar obstructivo, el síndrome de Lemmel, se define como un cuadro de ictericia obstructiva en un paciente en el que se han descartado coledocolitiasis y otras causas de obstrucción biliar y se encuentra asociada a un divertículo peripapilar.

El cuadro clínico asociado al síndrome de Lemmel puede ir desde una ictericia obstructiva con dolor abdominal hasta colangitis aguda y en ocasiones puede imitar a los tumores periampulares. Se considera una causa poco descrita de ictericia obstructiva.

Objetivos

Presentamos el caso de una paciente con ictericia obstructiva y dolor abdominal en quien se descartaron mediante estudios de imágenes causas frecuentes de obstrucción biliar y en quien se documenta durante CPRE y ultrasonografía biliopancreática un divertículo duodenal peripapilar, diagnosticándose síndrome de Lemmel.

Materiales y métodos

Paciente de 84 años con cuadro de 3 días de evolución consistente en dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, irradiado a espalda, asociado además a náuseas, sin vómitos, por lo cual consulta a urgencias. En valoración clínica se evidencia ictericia, sin respuesta inflamatoria sistémica, sin irritación peritoneal; en las pruebas bioquímicas se observa patrón colestásico, con hiperbilirrubinemia directa, Ecografía abdominal con colédoco de 7 mm, por lo que se considera probabilidad intermedia para coledocolitiasis, y se ordena realización de colangioresonancia la cual reporta estado postcolecistectomía y colédoco de 11 mm, sin cálculos en su interior (figura 1). Dado que la colangioresonancia no establece el diagnóstico se decide realización de ultrasonografía biliopancreática, durante tiempo endoscópico se evidencia divertículo duodenal peripapilar y durante tiempo ecográfico se evidencia vía biliar dilatada, sin cálculos en su interior (figura 2).

Durante su estancia hospitalaria presenta persistencia de dolor abdominal, con incremento en bilirrubinas, ante la persistencia de los síntomas se decide la realización de CPRE diagnóstica y terapéutica.

Durante la realización de CPRE se evidencia gran divertículo peripapilar, se realiza canulación selectiva de la vía biliar y posterior papilotomía mediana, con abundante salida de bilis, sin barro biliar o cálculos (figura 3-4).

Tras la realización de CPRE, la paciente presenta resolución de la ictericia y de los episodios de dolor abdominal, motivo por el cual es dada de alta para continuar estudios de manera ambulatoria. Posterior a la realización de CPRE la paciente ha presentado una evolución clínica favorable, sin nuevos episodios de dolor o ictericia.

Conclusion

El diagnóstico del síndrome de Lemmel representa un verdadero reto, ya que es necesario descartar otras etiologías más prevalentes antes del diagnóstico, tras lo cual éste se hace con la identificación del divertículo duodenal 2 a 5 cms de la papila, generalmente con un duodenoscopio de visión lateral durante la CPRE.

En los pacientes asintomáticos no se recomienda realizar ningún tipo de manejo y mientras que en aquellos oligosintomáticos, se recomienda manejo conservador. En los pacientes francamente sintomáticos, con dolor o colangitis, se podría intentar extracción o destrucción del enterolito o bezoar, sin embargo, ya que la mayoría de los casos son secundarias a papilitis crónica fibrosa o a disfunción del esfínter de Oddi generalmente es suficiente la realización de papilotomía para el manejo de éstos pacientes, cómo fue el caso de la paciente descrita



Figura 1 Colangiografía por resonancia magnética. Se observa vía biliar dilatada, sin defectos de llenado en su interior e imagen de divertículo duodenal, ausencia de vesícula biliar por antecedente quirúrgico

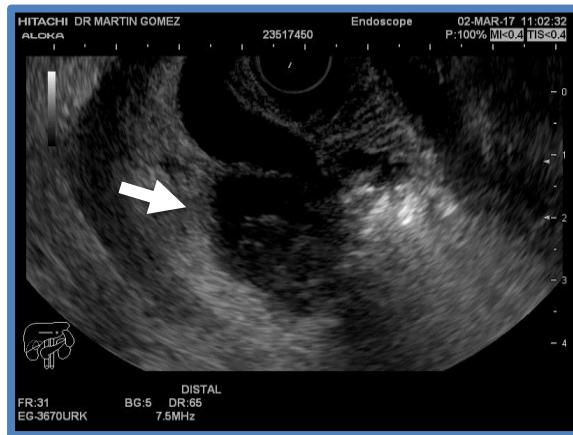


Figura 2. Ultrasonografía endoscópica biliopancreática. Se observa dilatación de la vía biliar extrahepática con divertículo duodenal que comprime la vía biliar.

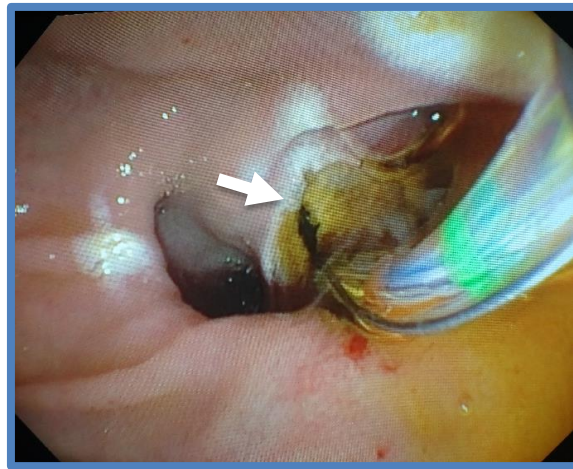


Figura 3-4 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. a. papila intradiverticular, canulación con papilótomo de arco. b. papilotomía mediana con salida de abundante bilis