

Síndrome de Lemmels en una paciente de 75 años con dolor abdominal e ictericia

Patricio Gálvez ¹
 Patricio Toapanta ²
 Pablo Jiménez ³

Introducción

Los divertículos duodenales periampulares o perivaterianos, son aquellos que se encuentran hasta un radio de tres centímetros de la ampolla mayor. La primera descripción fue realizada por Chomel en 1710 quien reportó un divertículo con 22 litos en su interior. En 1934 Lemmel sugirió por primera vez la relación entre el divertículo duodenal y la enfermedad pancreático-biliar^[1]. La prevalencia real de estos divertículos es desconocida, pero se ha reportado entre 1% a 6% en estudios de contraste, 12% a 27% en estudios endoscópicos y 15% a 22% en autopsias. Suelen encontrarse más comúnmente en personas de edad avanzada. Apenas en el 10% de las veces suelen ser sintomáticos, presentándose con esteatorreas, diverticulitis, obstrucción biliopancreática, obstrucción intestinal o perforación de los mismos^[2,3]. La presentación aguda se asocia con un riesgo de mortalidad de hasta el 13%. Ocasionalmente necesitan resolución quirúrgica^[2]. La formación de divertículos se ha asociado con un aumento de presión a nivel intraduodenal y una debilidad de la capa muscular de la pared intestinal. Han sido descritos como causa de varias patologías dentro de las cuales se encuentra el Síndrome de Lemmels^[1,4].

Presentación del caso

Paciente femenina de 75 años de edad con antecedentes quirúrgicos de herniorrafia umbilical y colecistectomía hace 40 años. Acudió al Servicio de Emergencia por presentar dolor abdominal de 24 horas de evolución, localizado en epigastrio e irradiado a hipocondrio derecho, de tipo continuo y moderada intensidad, acompañado de náusea que llegó al vomito por cinco ocasiones, el cual fue de contenido alimentario. Además, refería escalofríos y alza térmica no cuantificada. Al examen físico se encontró presión arterial 100/53 mmHg, frecuencia cardíaca 67 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto y temperatura de 37 grados centígrados. A la exploración física se evidenció escleras ictericas; región abdominal suave, depresible, dolorosa a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal y Murphy negativo. La analítica sanguínea reveló leucocitosis de 22.50 K/uL con desviación a la izquierda (76.2% de neutrófilos), PCR 15.80 mg/dL, amilasa 2501 U/L, lipasa 16003 U/L, gama-glutariltranspeptidasa (GGT) 190 U/L, fosfatasa alcalina 136 U/L, aspartato amino-transferasa (TGO) 82 U/L, amino transferasa pirúvica (TGP) 100U/L, bilirrubina total 2.10 mg/dL y bilirrubina directa 1.43 mg/dL.

En el ultrasonido de abdomen se evidenció un conducto hepatocolédoco dilatado de 8.1 mm en su región proximal, una imagen anecoica con pared definida ecogénica, que impresionaba ser vesícula biliar con un volumen de 5.4 mL y que en su interior mostraba una imagen ecogénica redondeada sugestiva de lito; **(foto 1)**.



OPEN ACCESS

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Médico; Postgradista R2 de Cirugía General, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.
 2 Médico; Cirujano General, Hospital Vozandes Quito; Profesor de Anatomía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.
 3 Interno Rotativo de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

Correspondencia: Dr. Patricio Gálvez
E-mail: patogalvez89@gmail.com

Recibido: 21 - Enero - 2015
Aceptado: 15 - Abril - 2015

Palabras clave: Síndrome de Lemmels; Pancreatitis aguda; Divertículo periampular; Ictericia, Colangitis; Reporte de caso.

Forma de citar este artículo:

Gálvez P, Toapanta P, Jiménez P. Síndrome de Lemmels en una paciente de 75 años con dolor abdominal e ictericia. Rev Med Vozandes 2016; 27: 60 - 62.



Foto 1. Ultrasonido abdominal: Se observa una imagen sugestiva de vesícula que puede deberse a un cístico largo o una hemicolecistectomía (previa) y conducto hepatocolédoco dilatado.

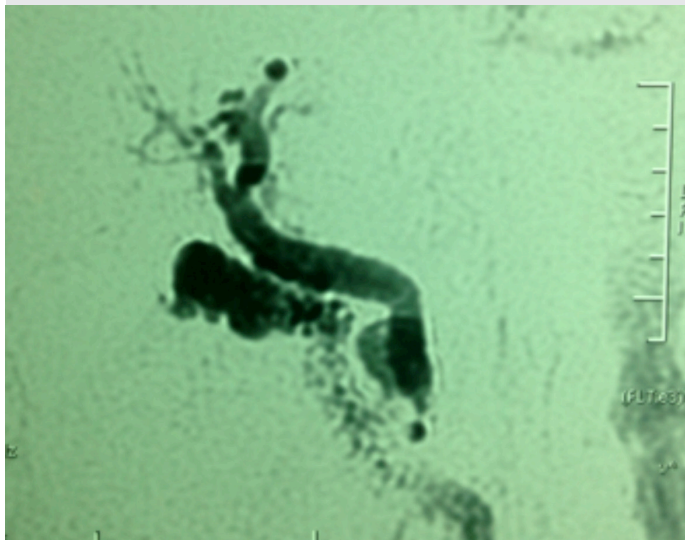


Foto 2. Colangio resonancia magnética: Se evidencia presencia de un divertículo duodenal, el cual se encuentra comprimiendo la vía biliar en su tercio medio

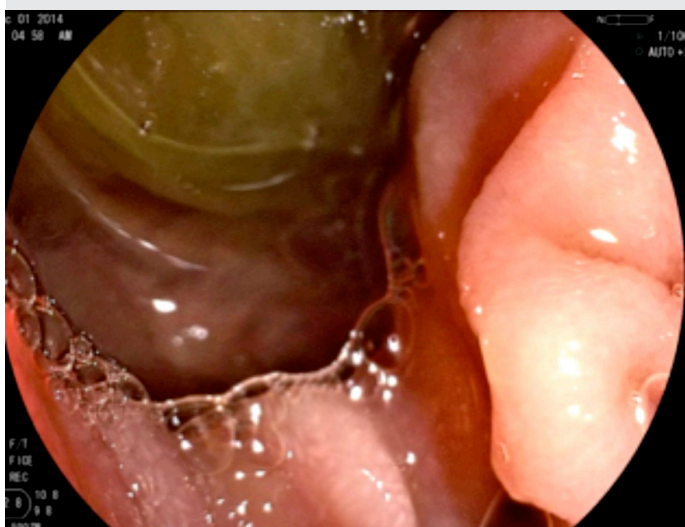


Foto 3. Endoscopia digestiva alta: Se evidencia divertículo duodenal, el cual en su interior presenta restos alimentarios

La paciente fue ingresada al Servicio de Cirugía General para observación y manejo clínico. Se realizó una Colangio Resonancia Magnética (CRMN) que reportó hígado de forma y tamaño conservado, sin lesiones focales ni dilataciones de la vía biliar intrahepática; conducto hepatocolédoco de 10 mm de diámetro a nivel de su tercio medio, sin evidencia de litos en su interior; vesícula de paredes finas, sin imágenes endoluminales ni líquido perivesicular; presencia de una imagen nodular con contenido líquido, sugestiva de divertículo de 20 mm de diámetro en la segunda porción del duodeno, localizado adyacente a la desembocadura de la vía biliar, la cual estaba levemente desplazada por el divertículo y disminuida de calibre en su tercio distal, pero sin evidencia de oclusión completa; **(foto 2)**. Este hallazgo fue confirmado mediante endoscopia digestiva alta, en la cual se identificó un divertículo duodenal de base amplia y en su saco la presencia de restos alimentarios; **(foto 3)**.

Se atribuyó como causa de la ictericia y pancreatitis a dicho divertículo, razón por la cual durante la hospitalización se administró inicialmente hidratación, analgesia y antibioticoterapia, además de reposo intestinal, observándose una evolución clínica favorable, con disminución del dolor e ictericia, así como también descenso progresivo en los niveles de enzimas pancreáticas y bilirrubinas. Posteriormente se manejó una paciente asintomática, que toleró dieta, se mantuvo hemodinámicamente estable, con escleras anictéricas, abdomen suave, depresible, no doloroso, y una analítica sanguínea dentro de parámetros normales. Fue dada de alta para control por consulta externa.

Comentario

Los divertículos duodenales son los segundos más frecuentes luego de los yeyunales. Pueden estar presentes aproximadamente en 15% de la población general y la prevalencia aumenta con la edad siendo en mayores de 80 años de hasta el 25%. El 75% de las veces son únicos y se localizan en la región periampular (hasta 2 cm de la ampolla de Váter), son asintomáticos y menos del 10% se manifiestan con sangrado digestivo, diverticulitis, pancreatitis, colangitis, ictericia, formación de cuerpo extraño u obstrucción intestinal [2-6].

El Síndrome de Lemmels fue descrito en 1934 como una ictericia obstructiva en ausencia de litos o un obstáculo que se detecte en el interior de la vía biliar, pero provocada por un divertículo duodenal yuxtapapilar. Su prevalencia es desconocida, pero es infrecuente. La fisiopatología puede ser múltiple, incluyendo: disfunción del esfínter de Oddi, presencia de un bezoar/enterolito que produce compresión biliar directa del divertículo y por último compresión mecánica directa, produciendo inflamación crónica de la papila [1, 4].

La presentación clínica de esta entidad no es específica por lo que se puede presentar de varias maneras; iniciando desde un dolor abdominal e ictericia hasta producir una colangitis aguda, por lo que comúnmente los divertículos son confundidos con neoplasias perimpulares o cuadros de coledocolitiasis. El diagnóstico es confirmado mediante exámenes de imagen: estudios baritados, ecoendoscopia, tomografía computarizada, colangio resonancia magnética, endoscopia digestiva alta y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Estas dos últimas son las más utilizadas por su alta sensibilidad y especificidad. Cabe resaltar que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ofrece una posibilidad diagnóstica – terapéutica^[2, 7].

El manejo de esta patología puede ser clínico o quirúrgico; pero el uso de tratamiento quirúrgico ha ido en descenso quedando relegado a casos que se presentan de forma complicada: la perforación o la hemorragia diverticular^[2, 8]. No existe un consenso respecto a un manejo quirúrgico electivo en casos de divertículo duodenal asintomático o pocosintomático, sin embargo, con el tratamiento quirúrgico se ha reportado una mortalidad hasta del 31%, motivo por el cual no está aconsejado. Actualmente se sugiere un manejo conservador dependiendo de la fisiopatología, por ejemplo, cuando el divertículo es distendido por presencia de un bezoar en su interior o por acumulo de restos alimentarios es mejor un manejo expectante, mientras que en las otras causas se recomienda una esfinterotomía para descomprimir la vía biliar^[8].

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Financiamiento

Reporte financiado con fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

Los autores declaran haber contribuido de forma similar en la realización del reporte y redacción del manuscrito.

Referencias

- Kang HS, Hyun JJ, Kim SY, Jung SW, Koo JS, Yim HJ, Lee SW. Lemmel's syndrome, an unusual cause of abdominal pain and jaundice by impacted intradiverticular enterolith: case report. *J Korean Med Sci* 2014; 29: 874-78.
- 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: 1571-76.
- Lobo DN, Balfour TW, Iffikhar SY, Rowlands BJ. Periapillary diverticula and pancreaticobiliary disease. *Br J Surg* 1999; 86: 588-97.
- 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: 628-31.
- Yildiran MI, Basoglu M, Yilmaz I, Atamanalp SS, Balik AA, Aydinli B, Ozturl G. Periapillary diverticula causing pancreaticobiliary disease. *Dig Dis Sci* 2004; 49: 1943-45.
- Rizwan MM, Singh H, Chandar V, Zulfikar M, Singh V. Duodenal diverticulum and associated pancreatitis: case report with brief review of literature. *World J Gastrointest Endosc* 2011; 3: 62-63.
- Tsitouridis I, Emmanouilidou M, Goutsaridou F, Kojozidis G, Kalambakas A, Papastergiou C, Tsantiridis C. MR cholangiography in the evaluation of patients with duodenal periampullary diverticulum. *Eur J Radiol* 2003; 47: 154-60.
- Matthis KL, Farley DR. Operative management of symptomatic duodenal diverticula. *Am J Surg* 2007; 193: 305-09.