

SÍNDROME DE LEMMEL: UNA CAUSA RARA DE ICTERICIA.

LEMMEL'S SYNDROME: A RARE CAUSE OF JAUNDICE.

E. Moya-Sánchez¹, V. Medina-Salas², A. Medina-Benítez¹

¹Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario Granada. Granada.

²Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Universitario Granada. Granada.

Resumen

El síndrome de Lemmel o ictericia obstructiva secundaria a divertículo duodenal yuxtapapilar, fue descrito en 1934.

El duodeno es la segunda localización más frecuente de divertículos, con una incidencia del 20% siendo múltiples aproximadamente el 30% y sintomáticos el 10%^{1,2}. De ellos, los divertículos duodenales periampulares son los que producen sintomatología con más frecuencia³.

Este síndrome relaciona los divertículos yuxtapilares con alteraciones del árbol biliar como ictericia obstructiva, litiasis recurrentes, colangitis o pancreatitis⁴. En ocasiones se acompaña de distensión vesicular o vesícula de Courvoisier-Terrier debido al aumento de presión hidrostática retrógrada. Este hallazgo puede aparecer tanto en patología no neoplásica (divertículo duodenal periampular) como en patología neoplásica (ampuloma), no excluyendo ni confirmando patología maligna.

Palabras clave: Lemmel, ictericia, divertículo duodenal.

CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez
elemoya89@gmail.com

Summary

Lemmel's syndrome or obstructive jaundice secondary to juxtapapillary duodenal diverticula was first described in 1934.

The duodenum is the second most common place for diverticula with a 20% incidence, approximately 30% being multiple and 10% symptomatic. Periapillary duodenal diverticula are those which are more frequently symptomatic.

This syndrome relates the juxtapapillary diverticula with disorders in the biliary tree such as obstructive jaundice, recurrent stones, cholangitis or pancreatitis. Sometimes this syndrome is accompanied by vesicular distention or Courvoisier-Terrier's sign due to an increase in hydrostatic pressure. This finding may appear in both non-neoplastic disease (periampillary duodenal diverticula) and neoplastic disease (ampulloma), not excluding or confirming malignancy.

Keywords: Lemmel, jaundice, duodenal diverticula.

Caso clínico

Paciente con antecedentes de cólicos biliares de repetición presenta dolor súbito en hipocondrio derecho y fiebre.

En analítica destaca neutrofilia sin leucocitosis y colestasis.

En ecografía abdominal se observa vesícula distendida de 5,6 cm (vesícula de Courvoisier-Terrier) ocupada por barro biliar (Figura A), así como dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con colédoco de 9 mm que termina en la papila adyacente a una imagen aérea extraluminal que corresponde a divertículo duodenal peripapilar (Figura B, flecha).

Ante los hallazgos descritos en la ecografía, se completó la exploración mediante la realización de colangiorrsonancia magnética⁵. (Figuras C y D: secuencias potenciadas en T2 axial y coronal, respectivamente). Se aprecia un divertículo con nivel hidroaéreo en segunda porción duodenal (Figura C, flecha) y distensión vesicular con dilatación del colédoco de hasta 10 mm (Figura D, flecha). Esto justificaría el hallazgo ecográfico de la imagen aérea yuxtacoledociana, de ecogenicidad aumentada con respecto al colédoco, compatible con divertículo duodenal y no con una dilatación sacular del propio colédoco. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías, principalmente con los quistes de colédoco por su similitud en la presentación clínica y hallazgos por imagen⁶.

Se realizó ecoendoscopia de forma programada, que constituye el método diagnóstico empleado más frecuente en el síndrome de Lemmel. Puso de manifiesto la dilatación de vía biliar ya visualizada mediante técnicas de imagen (Figura E, flecha) y reveló una imagen sacular sonolúcida adyacente a colédoco que corresponde al divertículo duodenal yuxtapapilar (Figura F, flecha).

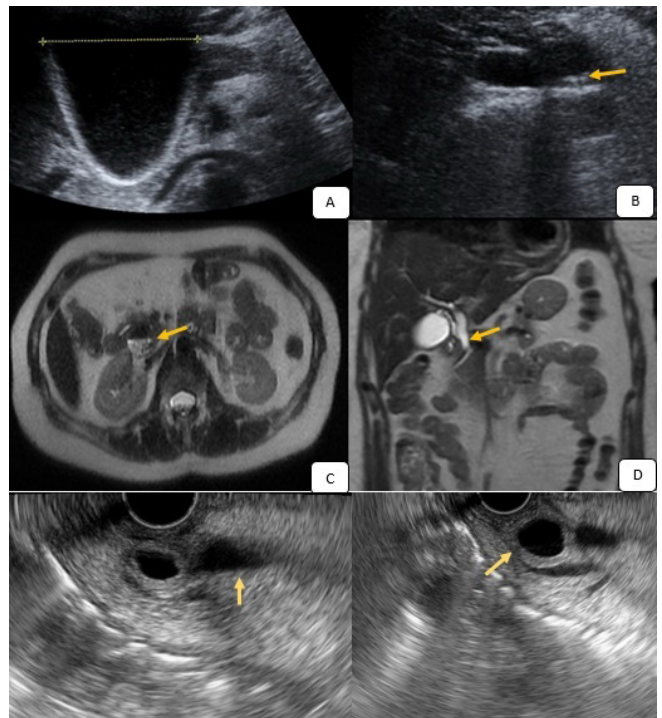


Figura 1

Figuras A y B: Ecografía Figuras C y D: Colangio-RM secuencias potenciadas en T2 Axial (C) y coronal (D). Figuras E y F: Ecoendoscopia.

Bibliografía

1. Rouet J, Gaujoux S, et al. Lemmel's syndrome as a rare cause of obstructive jaundice. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2012 Dec;36(6):628-31
2. 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 Jun;29(6):874-8.
3. Boix J, Lorenzo-Zúñiga V, Añaños F, Domènech 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 Aug;16(4):208-11
4. de Perrot T, Poletti PA, Becker CD, Platon A. The complicated duodenal diverticulum: retrospective analysis of 11 cases. *Clin Imaging*. 2012 Jul-Aug;36(4):287-94. doi: 10.1016/j.clinimag.2011.11.007. Epub 2012 Jun 8
5. Ono M, Kamisawa T, Tu Y, Egawa N. MRCP and ERCP in Lemmel syndrome. *JOP*. 2005 May 10;6(3):277-8
6. Schroeder TC, Hartman M, Heller M, Klepchick P, Ilkhanipour K. Duodenal diverticula: potential complications and common imaging pitfalls. *Clin Radiol*. 2014 Oct;69(10):1072-6