

Caso	(347) Ictericia obstructiva no litiásica no tumoral: Síndrome de Lemmel
Autores	Adela Rodríguez Fuentes, Tania Marlem Chico González, Glenis Nieves Perdomo, Melanie Moana Sánchez, Ignacio González García, Carla Atienza Sentamans
Centro	Complejo Hospitalario Universitario De Canarias

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio. Niega fiebre o clínica respiratoria.

AP: polimialgia reumática, HTA, DM, nefropatía

Signos vitales: T:35.2,TA:103/70,FC:88.0,SPO2:95.0

EF: Consciente orientada colaboradora, bien hidratada y perfundida. Abdomen blando con dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Murphy positivo. Peristaltismo presente. Hipoventilación en bases sin ruidos sobreañadidos.

-Analítica: neutrofilia (82,2%) sin leucocitosis. Discreto aumento de transaminasas con amilasa y lipasa normales. Aumento de proteína C reactiva (21 mg/dl). Bilirrubina total de 2,6 mg/dL a expensas de bilirrubina directa (2 mg/dl).

Con los datos de la exploración física y de laboratorio se establece el diagnóstico de cólico biliar- colecistitis incipiente con ictericia obstructiva y se indica una ecografía abdominal.

- Ecografía abdominopélvica: vesícula biliar distendida sin signos de colecistitis ni colelitiasis. Vía biliar extrahepática dilatada sin visualizar el colédoco distal por interposición aérea por lo que se realiza TC abdominopélvico con contraste.

- TC: colédoco de 15 mm de diámetro máximo y paredes lisas, con reducción de su calibre a nivel ampular. No masas pancreáticas ni litiasis. Divertículo duodenal anterior a la ampolla de Váter. Se indica RM abdominal sin otros hallazgos de interés.

DISCUSIÓN

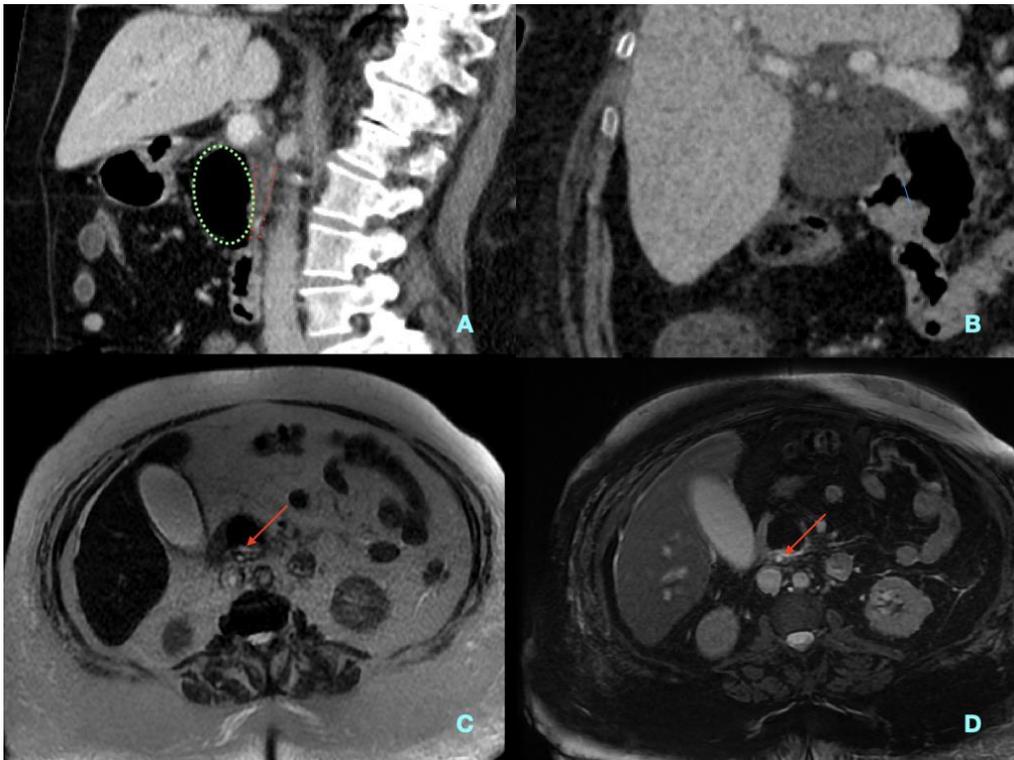
El Síndrome de Lemmel es una entidad infrecuente que se define como ictericia obstructiva por divertículo duodenal periampular en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia. Si bien la incidencia de divertículos duodenales está en torno al 17% solo el 5% son sintomáticos, siendo en la mayoría de los casos un hallazgo incidental. Se localizan con mayor frecuencia en la segunda porción duodenal cercanos a la ampolla de Váter debido a una mayor debilidad de la pared en esa zona.

CONCLUSIÓN

- Si bien el diagnóstico de la ictericia obstructiva es clínico, las pruebas de imagen son fundamentales para filiar su etiología y planificar el tratamiento. - La ecografía es la prueba de imagen indicada inicialmente seguida de RM o TC en caso de patología tumoral o cuando los hallazgos no sean concluyentes.

- La presentación clínica nos orientará inicialmente hacia una probable causa benigna o maligna de la obstrucción, siendo la causa benigna más frecuente la coledocolitiasis.

- La presencia de un divertículo duodenal periampular en ausencia de litiasis o patología tumoral debe hacernos pensar en el Síndrome de Lemmel como posible causa de ictericia obstructiva.



TC abdominopélvico con civ; A: corte sagital donde se visualiza coledoco distal dilatado (líneas rojas) sin evidencia de masas ni litiasis con desembocadura inmediatamente posterior al divertículo (círculo verde). B: corte coronal donde se identifica el cuello del divertículo (línea azul) con origen en segunda porción duodenal. RM abdominal. C y D: secuencia axial T2 y T2 FS donde se objetiva colédoco distal en íntima relación con el divertículo duodenal (flecha roja), el cual se encuentra distendido con nivel hidroaéreo.

BIBLIOGRAFÍA

María Carmona Agúndez, Diego López Guerra, Juana Fernández Pérez. Síndrome de Lemmel: ictericia obstructiva secundaria a divertículo duodenal. 2017; 9: 550-551. 10.1016/j.ciresp.2017.02.003
Rouet J, Gaujoux S, Sébastien Gaujoux, Maxime Ronot,. Lemmel's syndrome as a rare cause of obstructive jaundice. 2012 Dec;36(6):628-31. 10.1016/j.clinre.2012.05.002