

### SÍNDROME DE LEMMEL, UNA CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME ICTÉRICO OBSTRUCTIVA. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### *LEMMEL SYNDROME, A RARE CAUSE OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE. CASE PRESENTATION AND LITERATURE REVIEW*

Silva Corini R,<sup>1</sup> Araoz Blanco N N.,<sup>2</sup> Baldivieso Nina Scirley J.,<sup>2</sup> Rodriguez Mendoza F A.,<sup>2</sup> Rojas-Lizarraga S.<sup>2</sup>

1. Médico Especialista en Cirugía General. Docente de la Catedra de Cirugía de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica.
2. Médico Cirujano. Universidad Mayor de San Andrés

**Autor para correspondencia:** Dr. Silva Corini Reynaldo, Médico Especialista en Cirugía General. Facultad de medicina. Universidad Mayor de San Andrés. Av. Saavedra N° 2246 Zona Miraflores, La Paz – Bolivia. Email: [rfsilva1@umsa.bo](mailto:rfsilva1@umsa.bo) Cel.: 78777878

#### RESUMEN

El síndrome de Lemmel es una causa infrecuente de ictericia obstructiva intermitente secundaria a un divertículo duodenal periampular, en ausencia de colelitiasis u otros factores obstructivos detectables como neoplasias, que comprimen la parte intrapancreática del conducto biliar común. Se presenta el caso de una paciente de 74 años con antecedentes de colecistectomía, que acudió por dolor abdominal e ictericia. Los estudios de imagen descartaron litiasis o neoplasias. Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) evidenciándose una papila de Vater intradiverticular, dificultando la canulación de la vía biliar, sin embargo, en un segundo intento se colocó una prótesis biliar plástica con adecuada resolución del cuadro clínico. Este caso resalta la importancia de considerar el síndrome de Lemmel en el diagnóstico diferencial de la ictericia obstructiva intermitente, especialmente en pacientes mayores con estudios de imagen no siempre concluyentes. La CPRE es el método diagnóstico y terapéutico de elección en estos casos.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Lemmel, divertículo duodenal, ictericia obstructiva, CPRE, papila intradiverticular.

#### ABSTRACT

El síndrome de Lemmel representa una causa poco común pero relevante de ictericia obstructiva en ausencia de coledocolitiasis o neoplasias, siendo provocado por un divertículo duodenal periampular. Su diagnóstico suele ser desafiante, debido a su presentación clínica inespecífica y su rareza, lo que puede llevar a sospechas iniciales de etiología tumoral, como ocurrió en el caso descrito.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se establece como una herramienta clave tanto diagnóstica como terapéutica, permitiendo la identificación de

la papila intradiverticular y la resolución de la obstrucción mediante la colocación de una prótesis biliar. La clasificación anatómica de los divertículos, como las de Noda y Boix, facilita la planificación del abordaje endoscópico.

En este caso, el diagnóstico oportuno y la intervención endoscópica adecuada permitieron una evolución clínica favorable, evitando procedimientos quirúrgicos invasivos. Esto resalta la importancia de considerar el síndrome de Lemmel en el diagnóstico diferencial de la ictericia obstructiva, especialmente en pacientes colecistectomizados y de edad avanzada, con estudios de imagen negativos para litiasis o masa tumoral.

**KEYWORDS:** Lemmel's syndrome, duodenal diverticulum, obstructive jaundice, ERCP, intradiverticular papilla.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lemmel es un patología infrecuente que fue descrita por primera vez en 1934 por Gerhard Lemmel, basado en la observación de que la presencia de un divertículo duodenal peripapilar podría generar un síndrome biliar obstructivo.<sup>1</sup>

Los divertículos gastrointestinales son protuberancias en forma de saco de toda o parte de la pared intestinal que pueden aparecer en cualquier parte del tracto digestivo.<sup>2</sup> Su localización más frecuente es el colon, seguido del duodeno.<sup>3</sup>

Los divertículos duodenales generalmente son asintomáticos, se encuentran de forma incidental en hasta el 22% de la población en procedimientos diagnósticos realizados para otros trastornos gastrointestinales, de los cuales menos del 10% son sintomáticos, aunque se presentan a cualquier edad, son más frecuentes entre los 50 y 65 años, sin embargo, la mayoría de los casos de síndrome de Lemmel ocurre entre los 70-80 años.<sup>2,3</sup>

Existen pocos casos reportados en la literatura, lo cual revela la importancia para presentar este caso clínico y realizar la revisión de la literatura.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 74 años de edad, diabética, hipertensa, con antecedente de colecistectomía abierta el año 2014. Acude al servicio de emergencias por cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por dolor de inicio progresivo, localizado en mesogastrio, de moderada intensidad 7/10 según escala visual analógica del dolor, de tipo cólico, que se irradia a región dorsolumbar, se atenúa en posición decúbito dorsal. Asociado a náuseas que llegan al vómito en 4 ocasiones de tipo gastrobilioso, deposiciones líquidas en tres oportunidades por día y orinas turbias colúricas no fétidas. Además de alzas térmicas no cuantificadas de predominio nocturno. A su ingreso presenta FC: 86 lpm, FR: 19 rpm, PA: 120/80, T: 36.5° C, con facies álgida, ictericia de escleras y tegumentos, examen físico cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de tejido celular subcutáneo, ruidos hidroaéreos positivos hipoactivos, doloroso a la palpación difusa en todo marco abdominal.

Los estudios de laboratorio a su ingreso al servicio de emergencias que orientaron a un síndrome icterico obstructivo fueron, hiperbilirrubinemia (4,5 mg/dl) a predominio de bilirrubina directa (3,2 mg/dl) y bilirrubina indirecta (1,3 mg/dl), AST 28 UI/L, ALT 53 UI/L, FA 1070 UI/L, serología para hepatitis B y C negativa. Se realiza ecografía abdominal que muestra hepatomegalia a expensas del lóbulo izquierdo, dilatación de vía biliar principal proximal de 12 mm y vías intrahepáticas de hasta 4 mm, no se observa imágenes litiásicas en su interior ni masas en su segmentos valorables.

En una primera instancia se realiza el manejo conservador con reposición hidroelectrolítica y analgesia. Con posterior internación en el servicio de cirugía con el diagnóstico de síndrome icterico obstructivo secundario a neoplasia probable. Se realiza

laboratorios de control en donde se evidencia leucocitosis (16100/mm<sup>3</sup>) con desvío a la izquierda (segmentados 94%) y aumento de VES a 34 mm. Además de aumento en la concentración de bilirrubina total (9,2 mg/dl) con predominio de la bilirrubina directa (7,9 mg/dl) y bilirrubina indirecta de (1,8 mg/dl), AST 94 UI/L, ALT 75 UI/L, GGT 341,5 UI/L y disminución de la FA 135 UI/L.

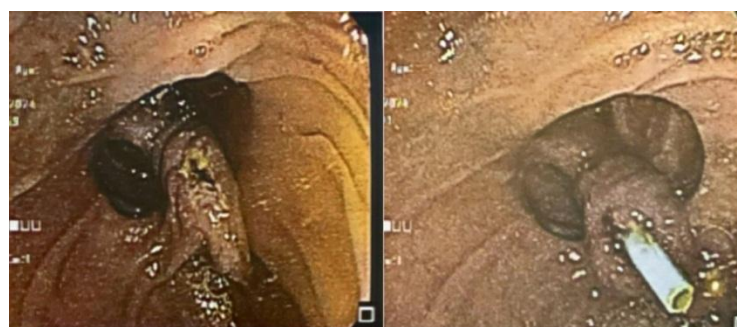
Se realiza una colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPRE), donde se identifica Papila de Vater intradiverticular que dificulta el acceso a la vía biliar principal, se realiza precorte, sin embargo, la canulación de la vía biliar fue fallida. (Figura 1)

**FIGURA N°1**  
**CPRE. A. Papila de Váter normal. <sup>4</sup> B. Se observa Papila de Váter intradiverticular.**



En consecuencia, se realiza una segunda donde se observa dilatación de la vía biliar extrahepática secundaria a papila intradiverticular, se realiza esfinterotomía por lo que se coloca prótesis biliar plástica de 10 Fr x 10 cm, corroborando su ubicación por fluoroscopia. (Figura 2 y 3)

**Figura N°2**  
**CPRE, se observa Papila de Vater intradiverticular y colocación de prótesis biliar**



### FIGURA N°3

#### Fluoroscopia, corrobora ubicación de prótesis biliar



La paciente tuvo una evolución favorable con resolución del cuadro clínico, es dada de alta a las 24 horas del procedimiento sin complicaciones.

#### DISCUSIÓN

El síndrome de Lemmel es una enfermedad rara que se presenta con ictericia obstructiva intermitente secundaria a un divertículo duodenal periampular, en ausencia de colelitiasis u otros factores obstructivos detectables (neoplasias), que comprimen la parte intrapancreática del conducto biliar común.<sup>2, 5</sup> Este proceso produce dilatación retrógrada de los conductos biliares extrahepáticos e intrahepáticos.<sup>2, 6</sup>

Un divertículo duodenal periampular es un pseudodivertículo, que se desarrolla dentro de un radio de 2 a 3 cm de la ampolla de Vater.<sup>2, 7</sup> El 6% aparecen en la primera porción, el 53-75% en la segunda porción, el 12% en la tercera porción y el 24% en la cuarta porción del duodeno. Es una afección poco frecuente, debido a que estos divertículos raramente presentan sintomatología y suelen ser un hallazgo incidental.<sup>6</sup>

La fisiopatología que explica la sintomatología del síndrome de Lemmel no está completamente establecida, aunque se han propuesto diversas teorías.<sup>8</sup> La irritación mecánica directa de los divertículos periampulares puede causar inflamación crónica de la ampolla, lo que conduce a la fibrosis de la papila. También, pueden causar disfunción del esfínter de Oddi, lo que causa estasis y reflujo biliar desde el duodeno hacia el colédoco.<sup>2, 4</sup> Finalmente, el conducto biliar común distal o ampolla puede ser comprimido mecánicamente por divertículos periampulares ocupados por un enterolito o un bezoar.<sup>2, 8</sup> Estos mecanismos pueden actuar de forma simultánea o consecutiva favoreciendo el reflujo de contenido duodenal, con estasis biliar, sobrecrecimiento bacteriano y producción de cálculos biliares.<sup>6</sup>

Existen dos clasificaciones endoscópicas para divertículos duodenales, la clasificación de Noda (Tabla 1) y la de Boix. Ayudan a planificar el procedimiento de CPRE y predecir la dificultad de la canulación de la papila.<sup>6</sup> Según Boix los divertículos periampulares se clasifican en tres tipos. (Tabla 2) También, clasificó la dificultad de canulación en: grado 1, canulación profunda fácil; grado 2, necesidad de guía de alambre esfínterotomo; grado 3, dificultad de canulación requiriendo esfínterotomía con aguja-cuchilla; grado 4, imposibilidad para canulación.<sup>4</sup>

**Tabla 1.**  
**Clasificación de Noda**

| Divertículo | Relación papila-divertículo   | Frecuencia |
|-------------|---|------------|
| Tipo A      | Papila mayor se encuentra localizada lejos del divertículo duodenal | 19%        |
| Tipo B      | Papila se localiza adyacente al divertículo                         | 26%        |
| Tipo C      | Papila se localiza en el margen del divertículo                     | 47%        |
| Tipo D      | Papila localizada dentro del divertículo                            | 8%         |

*Fuente: Dávila-Ruiz EO, García-Manzano RA, Barker-Antonio A, Martínez-Santiago NY, Isidoro-Hernández D, Sánchez-Guerrero RI. Ictericia obstructiva intermitente o síndrome de Lemmel: reporte de caso y revisión de la literatura. Cir Cir. 2020;88(S2):60–65. doi:10.24875/CIRU.20000332.*

**Tabla 2**  
**Clasificación de Boix**

| Divertículo | Relación papila-divertículo                    | Frecuencia |
|-------------|--|------------|
| Tipo I      | Papila localizada dentro del divertículo       | 16.3%      |
| Tipo II     | Papila localizada en el margen del divertículo | 10.2%      |
| Tipo III    | Papila localizada cerca del divertículo        | 6.5%       |

*Fuente: Dávila-Ruiz EO, García-Manzano RA, Barker-Antonio A, Martínez-Santiago NY, Isidoro-Hernández D, Sánchez-Guerrero RI. Ictericia obstructiva intermitente o síndrome de Lemmel: reporte de caso y revisión de la literatura. Cir Cir. 2020;88(S2):60–65. doi:10.24875/CIRU.20000332.*

El cuadro clínico es caracterizado por ictericia obstructiva y dolor abdominal postprandial. Además, puede imitar la sintomatología de los tumores periampulares.<sup>2,3,6,7,8</sup> El 1 % de los pacientes pueden sufrir complicaciones como colangitis aguda, siendo una de las más frecuentes. Otras complicaciones menos frecuentes son la pancreatitis aguda derivada de coledocolitiasis, diverticulitis, perforación y hemorragia digestiva alta.<sup>3,6,9</sup>

El diagnóstico se realiza mediante métodos de imagen, que incluyen endoscopia digestiva alta, CPRE, colangiografía magnética (CRM) o tomografía computarizada (TC).<sup>2</sup> Se confirma con la visualización directa del divertículo duodenal a 2-5 cm de la

papila en la CPRE.<sup>8</sup> Sin embargo, para descartar otras causas, la TC y la RM juegan un papel esencial, debido a que pueden indicar de forma no invasiva el diagnóstico y al mismo tiempo permitir la exclusión de otras enfermedades periampulares.<sup>5</sup> En la TC y la CRM, los divertículos pueden visualizarse como cavitaciones en la pared duodenal llenos de gas.<sup>8</sup> También el método de elección para diferenciarlos de un absceso pancreático, pseudoquistes pancreáticos, tumores quísticos de la cabeza pancreática o metástasis a nódulos linfáticos.<sup>5</sup> Se ha demostrado que la endoscopia digestiva alta con vista lateral es esencial para confirmar el diagnóstico.<sup>2</sup> Nuevos métodos diagnósticos, como la ecoendoscopia, también son usados con la ventaja de permitir intervenciones terapéuticas durante el mismo procedimiento y descartar neoplasias con mayor precisión.<sup>3,6</sup>

En pacientes asintomáticos no se recomienda ningún tipo de manejo.<sup>3</sup> Los casos sintomáticos pueden abordarse mediante tratamiento conservador, endoscópico o quirúrgico. El principal objetivo terapéutico es resolver la obstrucción del sistema biliopancreático.<sup>8,10,11</sup>

La CPRE utilizada inicialmente como un método diagnóstico, es ahora casi exclusivamente terapéutica y actualmente se considera la primera opción en el manejo.<sup>3</sup> Además, se realiza una esfinterotomía endoscópica para liberar la obstrucción del conducto biliar común.<sup>5,6</sup>

El manejo quirúrgico se realiza mediante el empleo de diversas técnicas como la inversión del divertículo, la diverticulectomía simple o asociada a derivación biliodigestiva (anastomosis del colédoco al duodeno, el yeyuno o incluso la pancreatoduodenectomía).<sup>3,5</sup> El manejo quirúrgico está reservado para los casos en los que hay perforación o hemorragia posterior a la CPRE, cuando la canulación endoscópica es imposible por dificultades como litos > 20mm, falta de equipo, lito impactado en el colédoco distal, panlitis o en casos en los que los síntomas son recurrentes a pesar del tratamiento endoscópico.<sup>3,5,6</sup> La diverticulectomía simple se asocia a una alta morbimortalidad debido al riesgo de lesión del conducto biliopancreático, por ello es mandatorio localizar la ampolla de Vater mediante duodenectomía o de forma anterógrada a través del conducto cístico por coledocotomía.<sup>7</sup> Además de estas opciones, se han utilizado procedimientos de bypass para eliminar el divertículo del flujo alimentario, resolviendo los problemas de colangitis recurrente sin tener que extirparlo.<sup>2</sup> Actualmente no hay consenso sobre la técnica quirúrgica que se debe emplear.<sup>3</sup>

En el caso presentado se descarta que el síndrome icterico obstructivo haya sido de origen litiasico debido al antecedente de colecistectomia y la ecografía abdominal no reportaba la presencia de litos primarios. Debido a que es otra causa frecuente, se sospechó de un origen neoplásico, quedando descartado debido a la visualización del divertículo duodenal periampular mediante una CPRE.

Según las clasificaciones mencionadas, el presente caso corresponde a un divertículo periampular tipo I de Boix y tipo D de Noda. Además, de tener un grado 3 de dificultad de canulación. Debido a la indisponibilidad de otros métodos de diagnóstico en el momento de la presentación del caso no se lograron realizar otros estudios de imagen.

## CONCLUSIÓN

En pacientes de edad avanzada con un cuadro clínico de síndrome icterico obstructivo en ausencia de litiasis en el conducto biliar común o de una masa tumoral debe considerarse la posibilidad de que el paciente presente un divertículo periampular causante de la sintomatología. Se resalta la importancia de los exámenes de imagen como la CRM y la TC con contraste para descartar otras patologías, documentar el divertículo y la compresión de la vía biliar. Finalmente, la CPRE continúa siendo el tratamiento de elección.

## REFERENCIAS

1. Arzate-Muciño LJ, Camacho-Nájera MÁ. Síndrome De Lemmel Como Causa De Ictericia Obstructiva, Experiencia En El Hospital Regional General Ignacio Zaragoza periodo Enero 2019- Diciembre 2019. *Endoscopia*. 2020;32(2):673–81.
2. Castro RDRB, Cavalcante M da S, Goes AC de AM. Síndrome de Lemmel: relatos de casos. *Rev Med UFC*. 2021;61(1):1–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2021v61n1e44516p1-4>
3. Ceballos-Muriel C, Hoyos-Yepes DF, Juan Felipe R-R, Alegría-Hoyos LM. Síndrome biliar obstructivo no litiasico o de Lemmel ¿Es tan infrecuente como parece? *Rev Colomb Cir*. 2023;38(1):145–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30944/20117582.1623>
4. Benavides D.E, Jiménez R.A, Cuéllar J.E, Jáquez J.O. Garza A, Cortes C, Maldonado H.J, García D, Gonzáles J.A. Morfología de la Papila de Váter como factor que influye en el éxito en canulación durante el entrenamiento del Residente en Endoscopia Avanzada. Estudio Clínico Prospectivo. *Revista de Gastroenterología de México*. 2024;89:237-242.
5. Garrido Márquez I, Lucena González MJ, García Pérez P. Lemmel syndrome: a rare cause of intermittent obstructive jaundice. *RAPDOnline [Internet]*. 2022;45(1):31–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37352/2022451.7>
6. Dávila-Ruiz EO, García-Manzano RA, Barker-Antonio A, Martínez-Santiago NY, Isidoro-Hernández D, Sánchez-Guerrero RI. Ictericia obstructiva intermitente o síndrome de Lemmel: reporte de caso y revisión de la literatura. *Cir Cir*. 2020;88(S2):60–65. doi:10.24875/CIRU.20000332.
7. Ramírez-Guerrero OR, Peñaloza-Posada MA. Síndrome de Lemmel: ictericia obstructiva secundaria a divertículo duodenal yuxtapapilar. Reporte de un caso. *Endoscopia [Internet]*. 2020;32(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/end.20000026>
8. Gómez MA, Ruiz Ó, Estarita J. Síndrome de Lemmel documentado con ecoendoscopia. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2019;34(1):69–72. doi:10.22516/25007440.356.
9. León Moreno JF, Wong Nano CD, Dominguez Vega SJF. Síndrome de Lemmel: una causa infrecuente de colangitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]*. 2022;52(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.52787/agl.v52i1.170>
10. Sosa FLR, Díaz HPI, Peñaloza PMA. Síndrome de Lemmel como etiología de pancreatitis aguda. *Rev Mex Cir Endoscop*. 2020;21(3):163-165. doi:10.35366/99842.
11. Rodríguez F R, Polanía L HA, Evers S G. Síndrome de Lemmel: una causa rara de obstrucción biliar no neoplásica de la vía biliar. Presentación de un caso. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2017 Mar 30;32(1):60.