



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-222 - COLANGITIS SECUNDARIA A SÍNDROME DE LEMMEL TRATADA MEDIANTE HEPATICOYEYUNOSTOMÍA

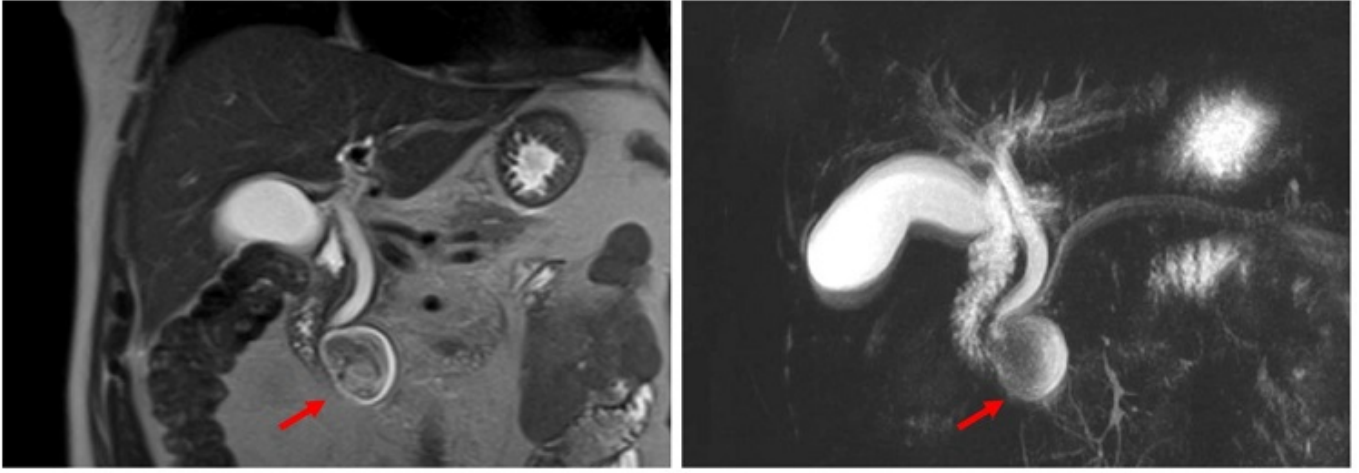
Hinojosa Aro, Luis Carlos; Roldán de la Rúa, Jorge; Gómez Pérez, Rocío; Buendía Peña, Emilio Antonio; de Luna Díaz, Resi; Suárez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Los divertículos duodenales constituyen una entidad poco frecuente cuya incidencia aumenta con la edad. Aunque la mayoría de ellos son asintomáticos, hasta el 5% pueden producir episodios de complicación como sangrado, inflamación o perforación. Su localización a nivel yuxtapapilar puede dar lugar a la presencia de patología biliar, ya sea favoreciendo la formación de cálculos o porque la propia compresión biliar que genera condicione la aparición de colangitis aún en ausencia de litiasis biliar. Esta última entidad recibe el nombre de síndrome de Lemmel.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 63 años con antecedente de hipertensión arterial que presenta cuadros de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho acompañado de fiebre de varios meses de evolución. En el último episodio asocia además la presencia de ictericia con bilirrubina total de 5,4 mg/dl y bilirrubina directa de 4,8 mg/dl. Es ingresado con diagnóstico de colangitis. En ecografía abdominal presenta dilatación de vía biliar principal con diámetro de hasta 11 mm, con vesícula biliar sin signos inflamatorios ni litiasis. Ante estos hallazgos se realiza resonancia magnética colangiográfica, en la que se aprecian los hallazgos anteriormente descritos, destacando además la presencia de estenosis de colédoco distal secundaria a formación diverticular en segunda porción duodenal que condiciona compresión del mismo (fig.). Se confirma la presencia del divertículo mediante tránsito esofagogastroduodenal y endoscopia digestiva alta, el cual no presentaba signos inflamatorios. El paciente mejora con antibioterapia y se resuelve parcialmente la colestasis, pero mantiene dolor abdominal que se incrementa con la ingesta. Ante estos síntomas se decide tratamiento quirúrgico. Dado que la clínica predominante se relaciona con la obstrucción biliar se decide realizar hepaticoyeyunostomía en Y de Roux sin resección del divertículo duodenal. Tras la misma se resuelve la colestasis y el paciente presenta importante mejoría clínica, siendo dado de alta sin complicaciones. Durante el seguimiento en consulta el paciente mantiene la buena evolución descrita.



Secuencias de estudio de colangiografía por resonancia magnética. Se aprecia vesícula biliar sin colelitiasis, vía biliar dilatada con estenosis distal secundaria a compresión de divertículo duodenal (flecha roja)

Discusión: El síndrome de Lemmel se define como la presencia de ictericia obstructiva por compresión de un divertículo duodenal periampular en ausencia de coledocolitiasis y de otras causas de estenosis. En casos sintomáticos es posible intentar el tratamiento endoscópico mediante esfinterotomía, pudiéndose optar por tratamiento quirúrgico en caso de fracaso del mismo. En relación con la cirugía, se ha descrito la realización de diverticulectomía, aunque puede estar relacionada con morbilidad significativa por posibilidad de lesión biliopancreática. Por otro lado, se ha propuesto la realización de derivación biliodigestiva para solucionar el estasis biliar evitando los riesgos de la diverticulectomía. En nuestro caso, optamos por esta última opción debido a que el divertículo no presentaba signos de complicación más que la compresión biliar distal que condicionaba. Consideramos que la hepaticoyeyunostomía en Y de Roux era la técnica ideal para solucionar el estasis biliar y los episodios de colangitis. Se desestimó el tratamiento endoscópico por considerar a la cirugía como una alternativa definitiva ante la situación del paciente. De uno u otro modo, se recomienda valorar las distintas opciones terapéuticas disponibles e individualizar la decisión en cada caso.