



P-278 - ICTERICIA OBSTRUCTIVA CON NOMBRE PROPIO: síndrome de LEMMEL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CONSECUTIVOS

F. Peiró Monzó, A. Coret Franco, Ú. Ponce Villar, M.V. Planells Roig, Á. Bañuls Matoses, M.T. Lloret Martí, N. Krystek y F. Caro Pérez <p>Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: El síndrome de Lemmel o ictericia obstructiva intermitente y/o colangitis recurrente secundaria a divertículo duodenal, es una entidad infrecuente en la que la inflamación diverticular ocasiona ictericia obstructiva o colangitis. El objetivo de este trabajo es aportar 2 casos tratados de forma diferente y revisar el manejo adecuado de esta rara entidad.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 67 años de edad con episodios recurrentes de colangitis. Ecografía evidenció discreta dilatación de la vía biliar (VBP) y posible masa heterogénea en cabeza de páncreas. TC abdominal: masa quística de cabeza pancreática, heterogénea, sin adenopatías peripancreáticas. Ecoendoscopia: ecoestructura heterogénea en uncinado con áreas hiperefringentes en su interior que corresponden a divertículo duodenal de boca estrecha con restos alimenticios en su interior, afinamiento del colédoco distal de 10 mm. Papila normal, situada fuera del divertículo. EGD baritada: gran divertículo duodenal de boca estrecha, con vaciamiento incompleto en radiología simple a las 24h. Caso 2: mujer 50 años presenta por dolor epigástrico-hipocondrio derecho de 3 días de evolución. La analítica: bilirrubina: 1,52 mg/dl. Amilasa: 1.033 U/l. AST/GOT: 606 U/l. ALT/GPT: 743 U/l. GGT 262. Ecografía: vesícula litiásica sin colecistitis. Imagen en "seudoriñón" en rodilla inferior duodenal. TC abdominal: divertículo en 2ª porción duodenal de 4 cm con boca de 1,2 cm, con estratificación del tejido graso: diverticulitis duodenal. Gastroscopia: divertículo duodenal de primera porción de gran tamaño sin signos inflamatorios, junto a otros dos divertículos uno de 2 cm yuxtapapilar y otro 3ª porción duodenal. EGD baritada: diverticulosis duodenal posterior de gran tamaño, el segundo o yuxtapapilar pancreático y el tercero intrapancreático. Ecoendoscopia-ERCP- coledocolitiasis de 3 mm. EE logrando canalizar papila y opacificando colédoco que mide 10 mm. Esfinterotomía endoscópica con extracción de coledocolitiasis. Resultados: Caso 1: se intervino realizando diverticulectomía. Postoperatorio tórpido y complejo debido a desarrollo de fístula duodenal que precisó reintervención con diverticulización duodenal parcial. El informe histológico del divertículo mostró infiltrado inflamatorio crónico sin otros hallazgos. Caso 2: se intervino, realizando colecistectomía laparoscópica, disección del marco duodenal evidenciando divertículo en primera porción de trayecto posterior íntimamente adyacente a la vía biliar. Se decide tratamiento conservador. Postoperatorio sin incidencias. Actualmente ambos pacientes siguen controles en consultas externas asintomáticos.

Discusión: La colangitis y/o ictericia obstructiva secundarias a diverticulitis de divertículo duodenal es una entidad infrecuente, que en ocasiones puede presentarse simulando neoplasias pancreáticas

y exige exploraciones complementarias adicionales como colangioRMN, ecoendoscopia y duodenoscopia para su diagnóstico diferencial. El tratamiento en general es conservador dada la alta morbilidad de la cirugía, dependerá de la localización de la papila duodenal en relación al divertículo. La diverticulectomía por laparotomía o laparoscópica no está exenta de complicaciones por lo que la indicación quirúrgica debe ser muy selectiva y solo tras demostrar la correlación clínica con un divertículo duodenal de boca estrecha, vaciamiento insuficiente y colangitis, ictericia obstructiva o pancreatitis recurrente. La ERCP con esfinterotomía es preferible seguida de la colecistectomía laparoscópica.