



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-208 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE LEMMEL

Castellón Pavón, Camilo J.¹; Díaz García, Gustavo A.¹; Jiménez Fuertes, Montiel²; Morales Artero, Sonia³; Grao Torrente, Irene¹; Durán Poveda, Manuel¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Mostoles; ²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid; ³Hospital "El Escorial", Madrid.

Resumen

Introducción: El duodeno es la localización más frecuente de los divertículos de intestino delgado, aunque la incidencia exacta es difícil de determinar. La mayoría son solitarios, localizados en la segunda porción duodenal y asintomáticos. Solo el 10% son sintomáticos y el 5% se complican. El síndrome de Lemmel (SL) se caracteriza por una ictericia obstructiva intermitente en ausencia de coledocolitiasis debido a un divertículo duodenal. Hay más de 200 casos de SL descritos en la literatura aunque el manejo quirúrgico es controvertido.

Objetivos: Revisar los casos descritos en la literatura de SL tratados quirúrgicamente, los resultados y determinar la técnica más adecuada.

Métodos: Aportamos tres nuevos casos operados por SL en nuestro servicio y revisamos otros 37 casos operados descritos en la literatura.

Resultados: De los 40 casos operados, el 71,4% fueron mujeres, con una edad media de 70,3 años (54-81). En 17 pacientes se ha realizado una diverticulectomía (42,5%). En el 11,7% recidivaron los síntomas en ausencia de una esfinterotomía endoscópica (EE) previa o una esfinteroplastia asociada. En 7 pacientes se ha realizado una diverticuloplastia con una elevada tasa de complicaciones. Se han realizado con buenos resultados 19 derivaciones biliodigestivas (47,5%) de diferente tipo: coledocoduodenostomía latero-lateral, duodenoyunostomía en Y de Roux con o sin coledocoyunostomía asociada y diverticulización duodenal.

Conclusiones: El tratamiento más frecuente del SL es la EE, especialmente en pacientes con elevado riesgo quirúrgico. La técnica quirúrgica elegida debe ser individualizada, siendo más empleada la diverticulectomía. Es recomendable asociar una esfinteroplastia si no se ha podido realizar una EE previa. Las derivaciones biliodigestivas son una buena alternativa cuando no se puede realizar una diverticulectomía. La coledocoduodenostomía estaría recomendada en pacientes de mayor edad, comorbilidad asociada, vía biliar poco dilatada y previamente gastrectomizados. El resto de derivaciones son preferibles cuando hay dilatación de la vía biliar. Únicamente existe un caso de SL tratado por cirugía mínimamente invasiva (robótica), que puede considerarse una opción quirúrgica en divertículos localizados en la pared lateral del duodeno.