



Colangitis aguda secundaria a divertículo duodenal Tipo I, una rara afección en el síndrome de Lemmel

Autor: Roberto Hernández Juárez¹

Coautores: Edgar Rogelio Austria Franco², Mario Ricardo Prada Bonilla³, Asael Guadalupe Flores Mata⁴, Adrián García Garma Martínez⁵, Ramon Olavide Aguilar⁶.

1 Médico Residente de tercer año, Departamento de Radiología e imagen, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad de la Salle, Hospital Angeles León, León Guanajuato. 2 Jefe del departamento de Radiología e imagen del Hospital Angeles México, Ciudad de México. 3 Radiólogo, especialista en Resonancia Magnética del Hospital Angeles México, Ciudad de México. 4 Radiólogo, especialista en Radiología intervencionista del Hospital Angeles México, Ciudad de México. 5 Cirujano General del Hospital Angeles México, Ciudad de México. 6 Gastroenterólogo y endoscopista, Hospital Angeles México, Ciudad de México.

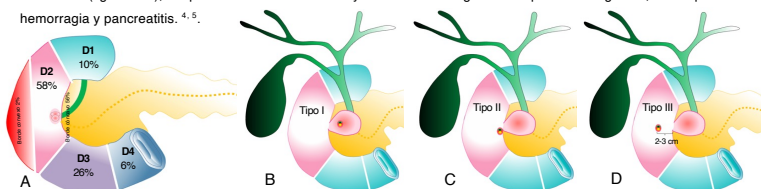
Correspondencia: dr.roberto2021@gmail.com, Teléfono: 5549404972

Objetivos

- Reconocer los hallazgos radiológicos característicos del síndrome de Lemmel.
- Comprender la importancia de la imagen en el diagnóstico diferencial de la colangitis aguda.
- Identificar las complicaciones asociadas con los divertículos duodenales y su impacto en el tratamiento.
- Analizar la utilidad de la CPRE en el manejo del síndrome de Lemmel.
- Discutir las opciones terapéuticas adaptativas en situaciones de alto riesgo.

Antecedentes

- El síndrome de Lemmel, identificado por primera vez por el Dr. Gerhard Lemmel en 1934, es una entidad poco común caracterizada por la presencia de un divertículo duodenal periampular que ejerce presión sobre los conductos pancreático y biliar común, desencadenando colangitis aguda.^{1,2,3} Este síndrome representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su rareza y a la variabilidad de presentación clínica.^{2,3} El duodeno es la segunda región anatómica con mayor predisposición a esta condición (figura 1-A), y aproximadamente el 8% de los casos presentan una papila dentro del divertículo (figura 1-B), lo que dificulta la canulación y aumenta el riesgo de complicaciones graves, como perforación, hemorragia y pancreatitis.^{4,5}

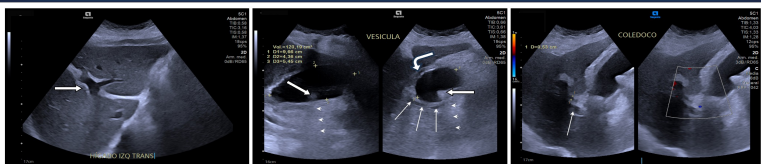


- Figura 1. Imágenes gráficas: (A) Distribución anatómica de los divertículos duodenales. Clasificación de los divertículos duodenales periampulares según Boix: (B) Localización de la papila dentro del divertículo. (C) Localización de la papila hacia el borde del divertículo. (D) Divertículo localizado a 2 o 3 cm de la papila

- Caso clínico:** Una mujer de 71 años con antecedentes de diabetes mellitus, presentó dolor abdominal que irradiaba hacia el hipocondrio derecho, acompañado de vómitos. Al examen físico, sus signos vitales estaban estables, presentaba ictericia y signo de Murphy positivo. Los análisis de laboratorio revelaron leucocitosis: 12,680 μ L, bilirrubina sérica total: 3.93 mg/dL, bilirrubina directa: 1.29 mg/dL y bilirrubina indirecta: 2.64 mg/dL. La proteína C-reactiva, ALP, GGT, AST, ALT y procalcitonina dentro de los límites normales.

- Los estudios de imagen confirmaron la presencia de colecistitis litiasica agudizada y compresión del conducto biliar debido a un divertículo duodenal en la segunda porción del duodeno y la ampolla de Váter ubicada dentro del divertículo (Figura 4-E). Se decidió realizar una CPRE, esfinterotomía y se colocó una prótesis biliar de plástico sin complicaciones. Posteriormente, se realizó un drenaje percutáneo transhepático de la vesícula biliar, lo que resultó en una notable mejoría clínica.

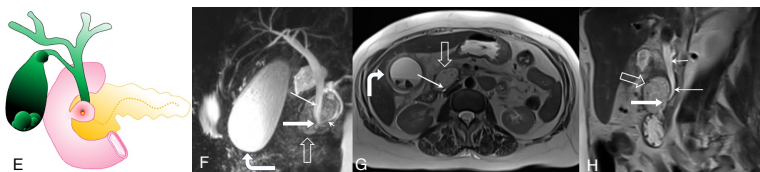
Hallazgos



- Figura 2. (A) imagen de US en escala de grises que muestra una vista transversal del lóbulo izquierdo del hígado y dilatación de la vía biliar intrahepática con engrosamiento de la pared (flecha gruesa). (B) imagen en pantalla dividida, que exhibe la vesícula biliar en vista longitudinal y transversal, distendida (120 cc), con engrosamiento de la pared (flecha curva) de 8 mm e imágenes hiperecóticas (flecha gruesa) con sombra acústica posterior (cabeza de flecha) y líquido laminar perivesicular (flechas delgadas). (C) con aplicación de Doppler color, muestra disminución del calibre del conducto colédoco (5.3 mm) en su porción retroduodenal (flecha delgada).



- Figura 3. imágenes de TC en fase simple, ventana de tejidos blandos, cortes axiales, que muestran un aumento de volumen de la vesícula biliar (asterisco) con contenido heterogéneo debido a densidades líquidas y gas (cabeza de flecha), así como engrosamiento de la pared (flecha gruesa). Además, se observa una formación sacular con contenido alimenticio y gas (flecha curva) dependiente de la segunda porción del duodeno (flecha delgada)



- Figura 4. (E) imagen grafica que muestra colecistitis aguda, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, divertículo duodenal con papila de localización intradiverticular (Tipo I de Boix). (F) imágenes de MRCP obtenidas con resonador superconductor de 3T utilizando secuencias colangiográficas 3D, FSE axial (G) y sagital (H), que muestra dilatación de la vesícula biliar (flecha curva), formación sacular que ejerce efecto de masa sobre el colédoco en su porción distal (flecha delgada), dilatación del colédoco en su porción proximal (flecha corta) salida del colédoco y del conducto de Wirsung intradiverticular (flecha gruesa).



- Figura 5. (I) imagen endoscópica que muestra un divertículo grande con la ampolla de Váter intradiverticular (flecha gruesa) y el extremo distal de la prótesis biliar de plástico, calibre 7 Fr x 10 cm (flecha curva). Imágenes de TC en fase simple, con corte oblicuo-sagital (J) y oblicuo-coronal (K), muestran prótesis biliar de plástico en el trayecto del colédoco (flecha curva), con el extremo distal intradiverticular (flecha larga). Extremo distal del catéter de drenaje tipo pigtail dentro de la vesícula biliar (flecha hueca). (L) Imágenes de TC previa aplicación de contraste oral hidrosoluble, corte axial y ventana de tejidos blandos, muestran una formación sacular (punta de flecha) dependiente de la segunda porción del duodeno, contenido alimenticio y el extremo distal de la prótesis biliar de plástico (flecha curva).

Conclusión

- La radiología desempeña un papel crucial en el diagnóstico del síndrome de Lemmel, permitiendo una evaluación precisa de la anatomía y las complicaciones asociadas.
- La imagen es esencial en la evaluación diferencial de la colangitis aguda, ayudando a descartar otras patologías biliares.
- El reconocimiento temprano de las complicaciones, como la colecistitis agudizada relacionada con el divertículo duodenal con papila intradiverticular (Tipo I) resalta la necesidad de una gestión clínica cuidadosa y específica.
- La CPRE sigue siendo una herramienta diagnóstica y terapéutica importante en el abordaje de esta enfermedad, a pesar de los desafíos técnicos asociados.
- El drenaje percutáneo transhepático como una alternativa quirúrgica resalta la importancia de disponer de opciones terapéuticas adaptativas en situaciones de alto riesgo.

Bibliografía

- Kapp JR, Müller PC, Gertsch P, Gubler C, Clavien PA, Lehmann K. Una revisión sistemática de los divertículos duodenales perforados: lecciones aprendidas de la última década. *Langenbecks Arch Surg.* 2022;407(1):25–35.
- Boix J, Lorenzo-Zúñiga V, Añáñes F, Doménech E, Morillas RM, Gassull MA. Impact of periampullary duodenal diverticula at endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a proposed classification of periampullary duodenal diverticula. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006;16(4):208–11.
- Shrivastava P, Nagendra V, Varma A, S S, Jose AM. A Rare Presentation of Duodenal Diverticulum Causing Obstructive Jaundice: Lemmel's Syndrome. *Cureus.* 2023 Jan 12;15(1):e33702.
- Love JS, Yellen M, Melitas C, Yazici C, Zar F. Diagnosis and Management of Lemmel Syndrome: An Unusual Presentation and Literature Review. *Case Rep Gastroenterol.* 2022;16(3):663–674.
- Devane AM, Annam A, Brody L, Gunn AJ, Himes EA, Patel S, et al. Society of Interventional Radiology Quality Improvement Standards for Percutaneous Cholecystostomy and Percutaneous Transhepatic Biliary Interventions. *Journal of Vascular and Interventional Radiology.* 2020 Nov;31(11):1849–56.