PERMANYER

Check for updates

REPORTE DE CASO

Síndrome de Lemmel: trastorno de la vía biliar infrecuente y de diagnóstico complejo. Reporte de caso

Andrés M. Aguilar-Jaramillo, José A. Ramírez-Iturbe, Sandra S. May-López, Uriel Martínez-Segundo, Miguel Camacho-Nájera, Rolando Armienta-Sarabia y Ma. Elena. Hernández-Gómez*

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, Ciudad de México, México

Resumen

Síndrome de Lemmel una entidad rara dada por un divertículo duodenal periampular que comprime el conducto biliar y pancreático, lo cual produce ictericia obstructiva en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia. Su diagnóstico es un desafío debido a su clínica inespecífica, puesto que se presentan síntomas en muy pocas ocasiones y es un hallazgo incidental en la mayoría de los casos.

Palabras clave: *Divertículo. Periampular. Vía biliar.*

Lemmel syndrome: a rare and diagnostically complex biliary tract disorder. Case report

Abstract

Lemmel syndrome is a rare entity caused by a periampullary duodenal diverticulum that compresses the bile and pancreatic ducts, producing obstructive jaundice in the absence of choledocholithiasis or neoplasia. Its diagnosis is challenging due to its nonspecific clinical presentation, presenting symptoms in very few cases and being an incidental finding in most cases.

Keywords: *Diverticulum. Periampullary. Bile duct.*

***Correspondencia:**
Andrés M. Aguilar-Jaramillo
E-mail: andre_ss20@live.com

Fecha de recepción: 04-08-2025
Fecha de aceptación: 11-09-2025
DOI: 10.24875/END.25000029

Disponible en internet: 19-01-2026
Endoscopia. 2025;37(4)124-126
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2025. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Introducción

El síndrome de Lemmel se describió en 1934 como un divertículo duodenal periampular que comprime el conducto biliar y pancreático, lo cual produce ictericia obstructiva en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia[1,2]. Es una entidad rara y aún no se conoce totalmente su etiopatogenia[2]. Su hallazgo es incidental y tan solo el 5% de los casos son sintomáticos debido a la compresión extrínseca del divertículo a la vía biliar[3,4]. Puede presentar patrón colestásico, con bilirrubina y enzimas hepáticas elevadas, o un patrón normal a pesar de tener dilatación biliar. El diagnóstico está dado por imágenes radiográficas[5]. Proponerlo como causa requiere alta sospecha clínica, comprobación radiológica y descartar otras causas de ictericia obstructiva[6].

Presentación de caso

Mujer de 67 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica y colecistectomía hace 10 años. Presenta ictericia generalizada, malestar general y dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada en epigastrio días previos a su valoración. Laboratorios: bilirrubina total 0.7 mg/dl, bilirrubina directa 0.3 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.4 mg/dl, aspartato aminotransferasa 42 UI/l, alanina aminotransferasa 40 UL/l, fosfatasa alcalina 160 UL/l, gamma-glutamil transpeptidasa 78 UL/l, deshidrogenasa láctica 147 UL/l. Ultrasonido de hígado y vías biliares con dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática. Ante la sospecha de enfermedad biliar de origen obstructivo se solicita colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), que reporta lito enclavado a nivel de la porción distal del colédoco que mide 15.5 × 14.8 mm (Fig. 1). Por este motivo se efectúa colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que muestra ámpula de Váter tipo I con salida de bilis junto a una saculación de la mucosa en la segunda porción de duodeno en su cara medial (Fig. 2). En la colangiografía, vía biliar intrahepática dilatada, conducto hepático común y colédoco de hasta 16 mm sin observar defectos de llenado. En el divertículo se observan múltiples defectos de llenado (restos alimenticios) (Fig. 3). Se realiza esfinterotomía, dilatación hidroneumática y múltiples barridos con balón extractor sin obtención de lito ni *detritus*, con adecuado vaciamiento de la vía biliar en placa tardía. La paciente presentó una evolución clínica y analítica favorable, y egresa después de 4 días de estancia hospitalaria.

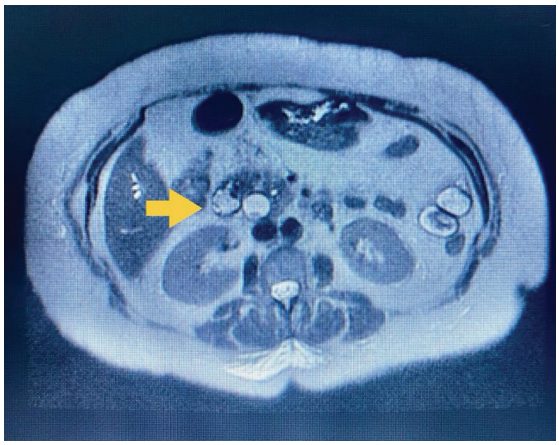


Figura 1. Colangiopancreatografía por resonancia magnética. Corte coronal y axial que reportan coledocolitiasis obstructiva a nivel de tercio distal de colédoco (flecha roja).

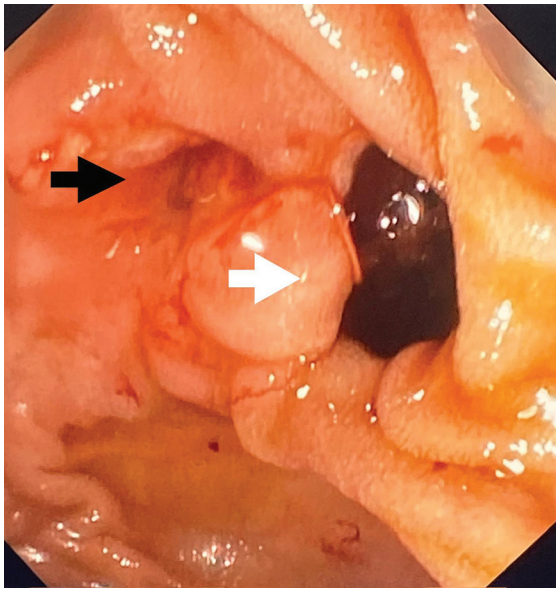


Figura 2. Imagen endoscópica del divertículo duodenal (flecha blanca) y ampolla de Váter posterior a esfinterotomía (flecha negra).

Discusión

El diagnóstico es difícil debido a su clínica inespecífica, se presentan síntomas en muy pocos casos y es un hallazgo incidental en la mayoría de los pacientes, en el cual se evidencia un divertículo duodenal periampular que causa compresión y dilatación del conducto biliar y pancreático con o sin ictericia. Debe incluirse como diagnóstico diferencial de enfermedades relacionadas con la



Figura 3. Colangiografía que muestra vía biliar extrahepática dilatada por divertículo duodenal.

obstrucción biliar[1,6]. En este caso el paciente presentó un cuadro sintomático inespecífico con enzimas colestásicas con patrón mixto, por lo que se indicó realizar una CPRM, la cual evidenció un lito en la vía biliar. La CPRM tiene alta sensibilidad (88%) para la vía biliar, sin embargo en este caso lo que se reportó como lito en la vía biliar eran restos de alimentos dentro del divertículo, lo que se evidenció al realizar la CPRE, la cual es el método de referencia en diagnóstico y tratamiento de esta afección[7,8]. En este tipo de lesiones obstructivas de la vía biliar y pancreática como colangitis y pancreatitis está indicado realizar una esfinterotomía endoscópica o colocar prótesis biliares, y eventualmente realizar diverticulectomía; sin embargo se ha visto que la mayor parte de los casos mejoran con la esfinterotomía y evitan el procedimiento con una tasa de éxito del 95%[1,6,7]. En este caso la paciente evolucionó satisfactoriamente con la realización únicamente de esfinterotomía, remitiendo los síntomas y alteraciones en las enzimas colestásicas.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados, por lo que no fue necesario el consentimiento informado. Se han seguido las recomendaciones pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Love JS, Yellen M, Melitas C, Yazici C, Zar F. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Lemmel: una presentación inusual y revisión de la literatura. Case Rep Gastroenterol. 2022;16(3):663-74. doi: 10.1159/000528031
2. Carmona Agúndez M, López Guerra D, Fernández Pérez J, Blanco Fernández G. Síndrome de Lemmel: ictericia obstructiva secundaria a divertículo duodenal. Cir Esp. 2017;95(9):550-1. doi: 10.1016/j.ciresp.2017.02.003
3. Egawa N, Anjiki H, Takuma K, Kamisawa T. Divertículos duodenales yuxtapapilares y enfermedad pancreatobiliar. Dig Surg. 2010;27(2):105-9. doi: 10.1159/000286520
4. Schnueriger V, Vorburger SA, Banz VM, Schoepfer AM, Candinas D. Diagnóstico y tratamiento del divertículo duodenal sintomático: una serie de casos y una breve revisión de la literatura. Rev Cir Gastrointest. 2008;12(9):1571-6.
5. Desai K, Wermers JD, Beteselassie N. Síndrome de Lemmel secundario a diverticulitis duodenal: reporte de un caso. Cureus. 2017;9(3):e1066.
6. Valencia Fernández MA, Mauleón Ladrero MC, Martin Hervás C, Patiño Remolina PL. Síndrome de Lemmel en paciente geriátrico: a propósito de un caso. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020;55(4):246-7.
7. Leal CA, Ortega DJ, Pedraza M, Cabrera LF, Sánchez S. Eficacia de la colangiopancreatografía por resonancia magnética para el diagnóstico de coledocolitiasis de probabilidad intermedia. Rev Colomb Cir. 2019;34(1):37-44. https://doi.org/10.30944/20117582.96
8. Bernshteyn M, Rao S, Sharma A, Masood U, Manocha D. Síndrome de Lemmel: presentación habitual de un diagnóstico inusual. Cureus. 2020;12(4):e7698.