RAR
REVISTA ARGENTINA DE RADIOLOGIA

PERMANYER

Check for updates

CARTA CIENTÍFICA

Síndrome de Lemmel, ictericia obstructiva por divertículo duodenal: reporte de un caso

Lemmel syndrome, obstructive jaundice due to a duodenal diverticulum: a case report

Milena Bonino-Sobh, Larrosa López-Raquel, María Leyva-López, Sofía T. Escobar-Narro*

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Estimados Editores:

El síndrome de Lemmel es una causa rara de obstrucción biliar secundaria a compresión extrínseca del colédoco por un divertículo duodenal en ausencia de litiasis o lesiones tumorales[1-3]. Aunque el divertículo duodenal tiene una prevalencia del 5 al 10% en la población general, especialmente en pacientes de edad avanzada, en raras ocasiones produce complicaciones[1,2,4,5].

Su fisiopatología se relaciona principalmente con un mecanismo compresivo, al que pueden asociarse fenómenos inflamatorios locales, disfunción del esfínter de Oddi y cambios fibróticos secundarios a irritación crónica[3].

Clínicamente suele manifestarse como un síndrome colestásico asociado a dolor abdominal y puede evolucionar a colangitis o pancreatitis y, con menor frecuencia, a complicaciones como perforación duodenal o hemorragia digestiva[1-3,5-7].

El diagnóstico requiere excluir otras causas más frecuentes de obstrucción biliar, como la coledocolitiasis o las neoplasias periampulares. En este contexto, la tomografía computada (TC) y la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) desempeñan un papel fundamental al demostrar la dilatación de la vía biliar, identificar el divertículo duodenal y descartar obstrucción intraluminal[2-6].

El tratamiento del síndrome de Lemmel debe individualizarse según la situación clínica del paciente. El abordaje endoscópico mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con esfinterotomía o colocación de *stent* biliar, constituye una opción terapéutica habitual en casos sintomáticos, mientras que en pacientes seleccionados (asintomáticos, alto riesgo quirúrgico) puede adoptarse un manejo conservador[1-3,7]. El tratamiento quirúrgico se reserva para casos de recurrencia de síntomas, complicaciones o fracaso del manejo endoscópico[1-3,7].

Se presenta el caso clínico de una paciente de 75 años que se acudió al servicio de urgencias con un cuadro de vómitos de 3 días de evolución, astenia, dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho (HD) y coluria. No refería pérdida ponderal ni fiebre. La analítica sanguínea mostraba un patrón de colestasis junto a elevación de proteína C reactiva y leucocitosis. Se le realizaron pruebas de imágenes complementarias incluyendo una ecografía abdominal donde se

***Correspondencia:**
Milena Bonino-Sobh
E-mail: milenaboninos@gmail.com

Fecha de recepción: 08-02-2026
Fecha de aceptación: 10-08-2026
DOI: 10.24875/RAR.26000005

Disponible en internet: 04-11-2026
Rev Argent Radiol. (Ahead of print)
www.revistarar.com

1852-9992 / © 2026 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

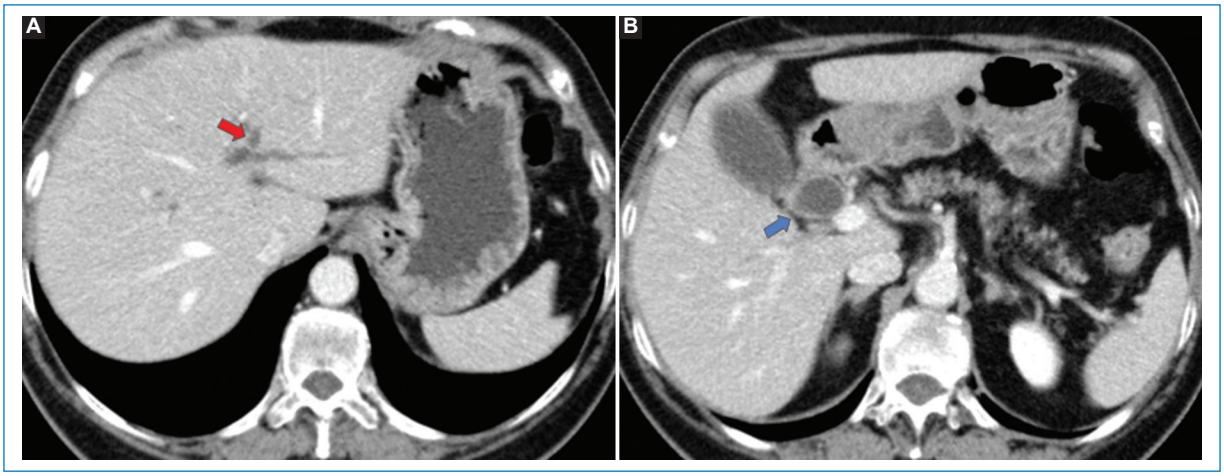


Figura 1. TC fase portal corte axial. **(A)** Se identifica dilatación de la vía biliar intrahepática (flecha roja). **(B)** Dilatación de colédoco de hasta 14 mm de diámetro, con afilamiento abrupto (flecha azul).

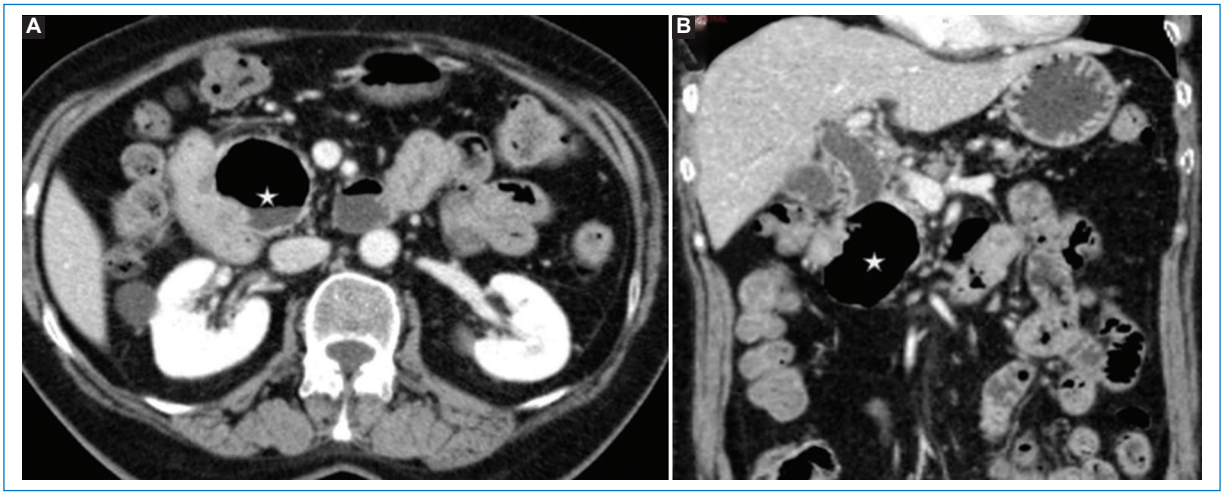


Figura 2. TC fase portal corte axial **(A)** y corte coronal **(B)**. Se identifica formación sacular de contenido hidroaéreo adyacente a la segunda porción duodenal compatible con divertículo duodenal de 47 × 41 × 56 mm (T x AP x CC) (estrella). **(B)** Se identifica aparente compresión extrínseca de la porción distal del colédoco por el divertículo.

identificó una vesícula biliar sin litiasis ni signos inflamatorios parietales y un colédoco dilatado hasta 15 mm con afilamiento progresivo sin identificarse causa obstructiva.

Posteriormente se realizó una TC abdominal visualizando dilatación de la vía biliar intra y extrahepática asociada a una imagen hidroaérea dependiente del duodeno, compatible con divertículo duodenal. No se identificaban masas pancreáticas ni lesiones periampulares (Figs. 1 y 2).

Con el objetivo de excluir causas obstructivas intraluminales, se optó por la realización de una CPRM, que descartó litiasis y ocupación neoplásica de la vía biliar, apoyando el diagnóstico de obstrucción biliar secundaria a compresión extrínseca por divertículo duodenal (Fig. 3).

Inicialmente se indicó tratamiento conservador y seguimiento ambulatorio debido a la evolución clínica favorable. Sin embargo, ante ingresos posteriores por recurrencia del dolor en HD y un episodio de pancreatitis, se decidió tratamiento quirúrgico mediante diverticulectomía, colecistectomía y hepaticoyeyunostomía.

El estudio anatomopatológico mostró metaplasia escamosa extensa sin displasia y colangitis crónica

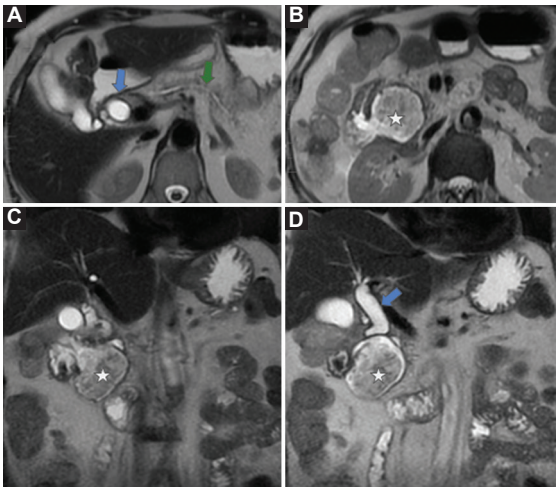


Figura 3. Colangiorresonancia magnética. **(A)** Corte axial: se identifica dilatación del conducto colédoco y mínima dilatación retrógrada del conducto pancreático de Wirsung (flecha verde). **(B)** Corte axial: divertículo duodenal (estrella). **(C** y **D)** Corte coronal: se observa dilatación de colédoco (flecha azul) y voluminoso divertículo duodenal (estrella).

inespecífica en la vía biliar principal, así como infiltrado inflamatorio crónico y cambios reactivos en el conducto cístico.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Hospital Universitario Miguel Servet la disposición de sus medios para elaborar este manuscrito.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

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 seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Dávila-Ruiz EO, García-Manzano RA, Barker-Antonio A, Martínez-Santiago NY, Isidoro-Hernández D, Sánchez-Guerrero RI. Ictericia obstructiva intermitente o síndrome de Lemmel: reporte de caso y revisión de la literatura. Cir Cir. 2020;88(Supl 2):60-5.
2. Carmona Agúndez M, López Guerra D, Fernández Pérez J, Blanco Fernández G. Lemmel's syndrome: obstructive jaundice secondary to a duodenal diverticulum. Cir Esp. 2017;95(9):550-1.
3. El Aouadi S, Imrani K, Tabati S, Ankri M, Lahlou I, Billah NM, et al. Lemmel's syndrome: a case report with insights from a literature review on diagnosis and management. Egypt J Radiol Nucl Med. 2025;56(1):71.
4. Valencia Fernández MA, Mauleón Ladrero MC, Martín 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.
5. Ben Ismail I, Manai G, Torkhani A, Sghaier M, Zenaidi H, Zoglami A. Periampullary duodenal diverticulum causing obstructive jaundice: a case of Lemmel syndrome and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2026;138(3):448-52.
6. León Moreno JF, Wong-Nano CD, Domínguez Vega SJ. Síndrome de Lemmel: una causa infrecuente de colangitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam. 2022;52(1):101-5.
7. 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):663-74.