



Caso clínico

Divertículo duodenal yuxtapapilar como causa inusual de dolor abdominal. Reporte de dos casos clínicos

Juxtapapillary duodenal diverticulum as an unusual cause of abdominal pain. Report of two clinical cases

Salvador Rodríguez-Infante,^{*,‡} Ana C Zamora-García,[§] Jorge A Alcaraz-Silva,^{*} Rodolfo R Sánchez-Rosado[¶]

* Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tulancingo. Santiago Tulantepec, Hidalgo.

‡ ORCID: 0009-0002-8483-2746

§ Servicio de Endoscopia, Hospital General de Tulancingo. Santiago Tulantepec, Hidalgo.

¶ Servicio de Coloproctología, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga». Ciudad de México, México. ORCID: 0009-0004-5284-8975

RESUMEN

Introducción: los divertículos duodenales yuxtapapilares (DDY) representan una entidad poco común, con gran desafío diagnóstico debido a la variedad de sintomatología común con que se presentan, tales como náusea, vómito, así como episodios recurrentes e intermitentes de dolor abdominal. El diagnóstico oportuno es crucial para evitar complicaciones, aunque poco frecuentes, están relacionadas con una alta mortalidad, siendo un reto para el abordaje médico. Se exponen dos casos clínicos con esta patología, destacando el desafío diagnóstico. **Casos clínicos:** primer caso: mujer de 70 años de edad con múltiples cuadros de dolor abdominal recurrente, sensación de plenitud gástrica y emesis intermitente gastro-biliar, quien recibió tratamientos para dispepsia y cólico biliar que fueron ineficaces. En su abordaje diagnóstico se reveló la presencia de coledocolitiasis. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía, extracción de lito y evidencia de DDY. Segundo caso: mujer de 86 años con cuadros de dolor abdominal intermitente, sin hallazgos en abordajes diagnósticos previos, recibió tratamientos diversos e ineficaces para gastroenteritis y enfermedad ácido-péptica. En su abordaje diagnóstico se encontró dilatación del colédoco sin evidencia de litiasis. Se efectuó duodenoscopia y CPRE donde se identificó DDY con abundantes restos alimenticios, los cuales se extrajeron, con posterior mejoría clínica evidente. **Conclusión:** a pesar de ser poco frecuentes, es esencial considerar los DDY en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en pacientes cuya etiología no

ABSTRACT

Introduction: juxtapapillary duodenal diverticula (JDD) represent a rare entity, posing a significant diagnostic challenge due to the variety of common symptoms they present such as nausea, vomiting, recurrent and intermittent episodes of abdominal pain. Timely diagnosis is crucial to prevent complications, although rare, they are associated with high mortality, representing a challenge for medical management. Two clinical cases with this pathology are presented, highlighting the diagnostic challenge. **Clinical cases:** first case: a 70-year-old woman with multiple episodes of recurrent abdominal pain, sensation of gastric fullness and intermittent gastro-biliary vomiting who received treatments for dyspepsia and biliary colic that were ineffective and whose diagnostic approach revealed the presence of choledocholithiasis. She underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with sphincterotomy, stone extraction, and evidence of JDD. Second case: an 86-year-old woman with episodes of intermittent abdominal pain, without findings in previous diagnostic approaches, receiving various ineffective treatments for gastroenteritis and acid-peptic disease. In her diagnostic approach, dilation of the common bile duct without evidence of stones was found. She underwent duodenoscopy and ERCP, where JDD with abundant food residue was identified and removed, leading to evident clinical improvement. **Conclusion:** despite being rare, it is essential to consider JDD in the differential diagnoses of abdominal pain in patients whose etiology remains unclear. The importance of considering them as a

Recibido: 04/02/2024. Aceptado: 03/04/2024.

Correspondencia:

Salvador Rodríguez-Infante

E-mail: salvador_roinfa@outlook.com

Citar como: Rodríguez-Infante S, Zamora-García AC, Alcaraz-Silva JA, Sánchez-Rosado RR. Divertículo duodenal yuxtapapilar como causa inusual de dolor abdominal. Reporte de dos casos clínicos. Rev Mex Cir Endoscop. 2024; 25 (1-4): 20-24. <https://dx.doi.org/10.35366/118803>



se ha esclarecido. Se enfatiza la importancia como sospecha diagnóstica durante el abordaje médico, así como optar por intervenciones precisas y prevenir complicaciones asociadas a los mismos.

Palabras clave: divertículo duodenal yuxtapapilar, síndrome de Lemmel, dolor abdominal inusual, coledocolitiasis recurrente, reporte de caso.

diagnostic suspicion during medical evaluation is emphasized, as well as opting for precise interventions to prevent associated complications.

Keywords: *yuxtapapillary duodenal diverticulum, Lemmel syndrome, nonspecific abdominal pain, recurrent choledocholithiasis, case report.*

INTRODUCCIÓN

Los divertículos duodenales yuxtapapilares (DDY) representan una entidad poco común que puede predisponer a la compresión extrínseca de la vía biliar, resultando en ictericia obstructiva (síndrome de Lemmel). Esta condición puede simular un cuadro de coledocolitiasis recurrente y otras causas de dolor abdominal inespecífico. Los DDY constituyen entre 5 y 20% de todos los divertículos duodenales, siendo la segunda localización más común después del colon. Su curso clínico varía desde hallazgos incidentales en estudios de imagen en pacientes asintomáticos hasta la generación de complicaciones graves si no se detectan a tiempo.¹⁻⁵

Este artículo abordará dos casos clínicos de pacientes con DDY que presentaron dolor abdominal inespecífico como única manifestación clínica, se resalta el desafío diagnóstico asociado y se proporciona una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema, con la finalidad de ampliar el conocimiento científico de esta rara entidad como diagnóstico diferencial.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Primer caso clínico. Paciente femenino de 70 años con cuadros recurrentes de dolor abdominal, de 10 años de evolución, en epigastrio y sensación de plenitud gástrica, acompañada de emesis gastro-biliar, quien recibió tratamientos para dispepsia y cólico biliar que no fueron eficaces. Fue abordada previamente sin alteraciones por imagen y bioquímicos. Durante su abordaje diagnóstico sin ictericia, signo de Murphy y puntos pancreáticos negativos, con dolor abdominal epigástrico a la palpación profunda; paraclínicos con hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa (BT 2.3 mg/dL, BD 1.60 mg/dL) y patrón colestásico (FA 220 U/L, GGT 316 U/L), sin leucocitosis ($7.4 \times 10^3/\mu\text{L}$). Se realizó ultrasonido con datos indirectos de coledocolitiasis (colédoco de 16.5 mm), se solicitó colangiorresonancia magnética concluyente con coledocolitiasis y divertículo duodenal (*Figura 1*). Se efectuó intervención quirúrgica con colangiografía y CPRE transoperatoria, con extracción de lito impactado en papila duodenal, así como realización de esfinterotomía, encontrando divertículo duodenal a 2.5 cm de la papila de Vater (*Figura 2*), sin complicaciones, con mejoría evidente de dolor abdominal, por paraclínicos

sin anormalidades. Se logró el egreso de la paciente y al seguimiento consecutivo no hubo anormalidades.

Segundo caso clínico. Paciente femenino de 86 años con cuadro de dolor abdominal intermitente en epigastrio y mesogastrio de larga evolución, con sensación de plenitud gástrica, sin otra sintomatología agregada, recibió diversos tratamientos por síntomas de gastroenteritis y enfermedad ácido-péptica, pero fueron ineficaces. Durante su abordaje diagnóstico sin ictericia, signo de Murphy y puntos pancreáticos negativos, con dolor abdominal a la palpación profunda en hipocondrio derecho y mesogastrio; paraclínicos dentro de parámetros normales. El ultrasonido mostró dilatación de vías biliares intrahepáticas y colédoco de 12 mm, sin evidencia de litiasis vesicular ni en colédoco. Se realizó duodenoscopia y CPRE encontrando DDY de 3 cm aproximadamente con restos alimenticios abundantes en su interior, los cuales se retiraron bajo lavado con solución estéril (*Figura 3*). El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, paraclínicos sin anormalidades; se egresó y se dio seguimiento consecutivo con duodenoscopia, evidenciando DDY sin restos alimenticios ni datos de inflamación.

DISCUSIÓN

La evidencia presentada en ambos casos clínicos de pacientes con DDY representó un desafío diagnóstico. Ambas pacientes exhibieron una sintomatología clínica no específica, incluyendo episodios de dolor abdominal intermitente, náusea y ocasionalmente vómitos gastro-biliares. A pesar de haberse sometido a estudios de imagen y paraclínicos previos que no mostraron anormalidades evidentes, no se logró resolver la patología subyacente con los múltiples tratamientos recibidos. La dilatación del colédoco fue un hallazgo clave que condujo a la realización de estudios de extensión, incluida la CPRE, que finalmente reveló la presencia de DDY.

El DDY se define como una protrusión en forma de saco de la pared duodenal a una distancia de 2 a 3 cm de la papila de Vater. El primer divertículo duodenal fue reportado en 1710 con demostración radiológica posterior en 1913. El pico de mayor incidencia se observa entre los 50 y 60 años, sin preferencia de género. Lamentablemente, en México no hay un registro epidemiológico de su incidencia debido a su baja sospecha diagnóstica.⁶⁻⁸

Dentro de la fisiopatología se cree que existe una debilidad mural en la entrada vascular y ductal de pared, lo que conlleva su formación. Noventa por ciento de los pacientes que lo padecen cursan de forma asintomática y el resto se manifiesta con sintomatología inespecífica con dolor epigástrico posprandial y sensación de plenitud gástrica, como los casos expuestos previamente. Menos de 1% experimentará complicaciones relacionadas como sangrado de tubo digestivo, diverticulitis, úlceras, perforación, colangitis o pancreatitis.^{5,7,9}

En el primer caso clínico se evidenció la coexistencia de coledocolitiasis, la cual está relacionada con la neofor-

mación de litiasis secundaria al proceso diverticular. Se ha constatado que las personas con DDY tienen un riesgo de dos a tres veces mayor que la población general de desarrollar coledocolitiasis concomitante, ya que interfiere con el proceso de excreción biliar, lo que ocasiona estasis y formación de cálculos, con una incidencia de 20 a 40%.¹⁰

La perforación duodenal se presenta incluso en 57% de los casos secundaria a procesos digestivos pépticos como resultado de retención de alimentos en los divertículos. Esta condición puede provocar dolor abdominal intermitente, como ocurrió en nuestro segundo caso clínico. Además, pueden presentarse múltiples episodios de ictericia de aparente origen obstructivo, en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia. Este fenómeno se conoce como síndrome de Lemmel, con una incidencia reportada de 1 a 27% de los casos.^{6,9,11}

El diagnóstico de DDY comúnmente es incidental; sin embargo, no debe olvidarse, y debe tomarse como diagnóstico diferencial como causa de dolor abdominal intermitente. Las pruebas de imagen como tomografía y resonancia magnética son esenciales, mismas que muestran una cavidad de pared delgada en la segunda porción del duodeno (*Figura 1*), confundida a menudo con absceso pancreático o neoplasia quística de la cabeza del páncreas. El ultrasonido endoscópico es útil para descartar neoplasias; no obstante, la CPRE continúa siendo el estándar de oro diagnóstico-terapéutico, con tasas superiores de éxito de 95% y recurrencia de 10-24%.^{1,5,12}

En pacientes asintomáticos, se recomienda manejo expectante. Durante el abordaje terapéutico por CPRE, la esfinterotomía y/o colocación de *stent* son opciones para complicaciones biliares o pancreáticas, y la cirugía se reserva para el fracaso endoscópico. Aquellos quienes presenten complicaciones asociadas, como perforación o hemorragia, se sugiere tratamiento quirúrgico mediante

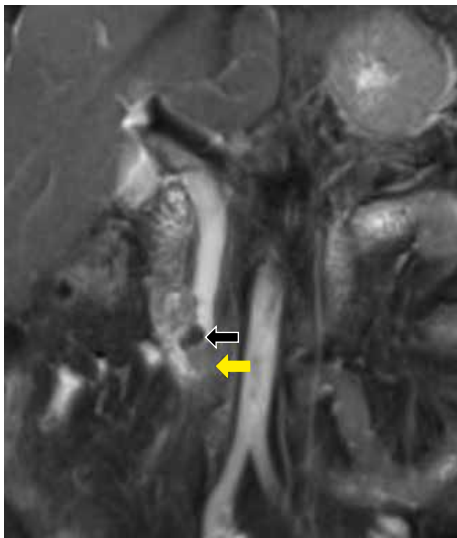


Figura 1: Estudio de colangiografía por resonancia magnética. Se observa litio en la porción intrapancreática del colédoco (flecha negra) y saculación a nivel periampular en relación a divertículo duodenal (flecha amarilla).

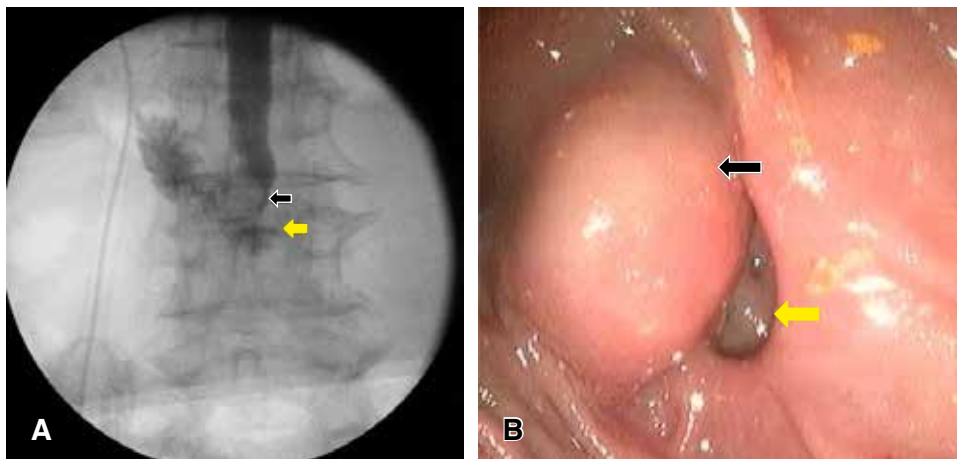


Figura 2:

Hallazgos transoperatorios.

A) Colangiografía con defecto de llenado a nivel de colédoco distal con relación a litio (flecha negra) y zona radiolúcida inferior a litio relacionada a divertículo duodenal (flecha amarilla). **B)** Estudio endoscópico que corrobora estos hallazgos: litio impactado en papila de Vater (flecha negra) y divertículo yuxtapapilar (flecha amarilla).



Figura 3:

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. **A y B)** Papila duodenal de características normales y divertículo yuxtapapilar de 3 cm con restos alimenticios abundantes en su interior. **C)** Extracción de restos alimenticios en divertículo duodenal. **D)** Divertículo duodenal posterior a procedimiento de extracción.

diverticulectomía o derivación biliodigestiva, inversión diverticular, esfinteroplastia transduodenal, entre otras. Ninguna opción quirúrgica es libre de complicaciones, el tratamiento se debe adaptar a las características del paciente, la ubicación del divertículo y la experiencia del equipo médico.^{1,2,7}

CONCLUSIONES

El DDY es una entidad rara con riesgo de complicaciones que debe tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal inespecífico y crónico. La CPRE se considera el estándar de oro diagnóstico-terapéutico. En pacientes asintomáticos el manejo es expectante, sin embargo, las complicaciones como coledocolitiasis y perforación requieren intervención endoscópica de primera instancia. La cirugía se reserva para situaciones graves, debe adaptarse a la condición del paciente y la experiencia médica, reconociendo sus inherentes desafíos.

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: 60-65. doi: 10.24875/ciru.20000332.
2. Ramírez-Guerrero OR, Peñaloza-Posada MA. Síndrome de Lemmel: ictericia obstructiva secundaria a divertículo

- duodenal yuxtapapilar. Reporte de un caso. *Endoscopia.* 2020; 32: 65-68. doi: 10.24875/end.20000026.
3. Lotveit T, Skar V, Osnes M. Juxtapapillary duodenal diverticula. *Endoscopy.* 1988; 20 Suppl 1: 175-178. doi: 10.1055/s-2007-1018171.
4. Silman C, Matsumoto S, Yamada Y, Sena Y, Hongo N, Takaji R et al. Evaluation of juxtapapillary duodenal diverticula using multiplanar reformation in MDCT: correlation with ERCP findings. *Jpn J Radiol.* 2020; 38: 968-972.
5. Bellio G, Bernardi L, de Manzini N. Duodenal diverticula: unusual case of upper gastrointestinal obstruction. *Am J Med.* 2018; 131: e449-e450. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.06.026.
6. Volpe A, Risi C, Erra M, Cioffi A, Casella V, Fenza G. Lemmel's syndrome due to giant periampullary diverticulum: report of a case. *Radiol Case Rep.* 2021; 16: 3783-3786. doi: 10.1016/j.radcr.2021.08.068.
7. Masabanda-Celorio VE, Alvares-Sores ED, Lara-Orosco U. Acute cholangitis secondary to periampullary duodenal diverticulum. *Case report. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2023; 61: 234-238.
8. Melnick S, Fareedy S, Gish D, Nazir S. Duodenal diverticulum: incidental finding with potentially dangerous outcomes. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2017; 7: 56-57. doi: 10.1080/20009666.2017.1291784.
9. Alzerwi NAN. Recurrent ascending cholangitis with acute pancreatitis and pancreatic atrophy caused by a juxtapapillary duodenal diverticulum: a case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2020; 99: e21111. doi: 10.1097/MD.00000000000021111.
10. Wijarnpreecha K, Panjawanatnan P, Manatsathit W, Cheungpasitporn W, Pungpapong S, Lukens FJ et al.

Association between juxtapaillary duodenal diverticula and risk of choledocholithiasis: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg.* 2018; 22: 2167-2176. doi: 10.1007/s11605-018-3865-z.

11. Schnueriger B, Vorburger SA, Banz VM, Schoepfer AM, Candinas D. Diagnosis and management of the symptomatic

duodenal diverticulum: a case series and a short review of the literature. *J Gastrointest Surg.* 2008; 12: 1571-1576. doi: 10.1007/s11605-008-0549-0.

12. Gao AR, Matta A, Seth R, Bande D. Lemmel's syndrome secondary to common bile duct compression by an inflamed duodenal diverticulum. *Cureus.* 2021; 13: e16959.