



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

SÍNDROME DE LEMMEL: UM RELATO DE CASO LEMMEL SYNDROME: CASE REPORT

Eduarda Luz Barbosa Alarcão¹, Izabella Sena de Oliveira¹, Maria Luiza Pimentel de Oliveira¹, Vinícius de Medeiros Nobre¹ and Geovana Thees Perillo Rodrigues^{2,*}

¹Faculdade de Ciências e Educação em Saúde, Centro Universitário de Brasília. 707/907 Asa Norte, Brasília, Brasil. CEP: 70.790-075; ²Unidade de Cirurgia Geral, Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, Setor Médico Hospitalar Norte, Quadra 101, Bloco A, Área Especial - Brasília-DF, Brasil. CEP: 70.710-905

ARTICLE INFO

Article History:

Received 16th May, 2023
Received in revised form
20th June, 2023
Accepted 20th July, 2023
Published online 29th August, 2023

Key Words:

Síndrome de Lemmel, Divertículo, Icterícia Obstrutiva, Divertículo periampular.

*Corresponding author:

Geovana Thees Perillo Rodrigues

ABSTRACT

A Síndrome de Lemmel (SL) é uma causa rara de icterícia obstrutiva causada por um divertículo duodenal periampular (DPA). Sua clínica é variável e inespecífica, ocorrendo por sintomas colestáticos, dor abdominal, e elevação de bilirrubinas. Para seu diagnóstico são necessários exames de imagem. Esse estudo relata um caso de Síndrome de Lemmel secundária à DPA, buscando esclarecer a clínica, os métodos diagnósticos e o manejo instituído. **Relato de caso:** Trata-se de paciente de 71 anos, sexo feminino, que procura a emergência com dor em HCD e sintomas colestáticos há 2 dias. A Tomografia computadorizada (TC) evidenciou dilatação do colédoco e duodenal, sugerindo a presença de divertículo duodenal. Foi realizada Colangiorressonância Magnética (ColangioRM) evidenciando divertículo duodenal primário, seguida por uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), em que realizou-se uma papilotomia endoscópica seguida por colecistectomia videolaparoscópica. **Discussão:** Devido a raridade da SL, limitações surgem, principalmente relacionadas ao seu diagnóstico precoce e manejo. Seu diagnóstico é realizado por exames de imagem, sendo recomendado o uso de TC, Colangio RM ou CPRE (padrão ouro). **Conclusão:** A SL é uma patologia incomum, contudo que não deve ser desconsiderada como diagnóstico diferencial em quadros colestáticos. O diagnóstico precoce promove uma abordagem cirúrgica contribuindo na prevenção de complicações.

Copyright©2023, Eduarda Luz Barbosa Alarcão et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Eduarda Luz Barbosa Alarcão, Izabella Sena de Oliveira, Maria Luiza Pimentel de Oliveira et al. 2023. "Síndrome de Lemmel: um Relato de Caso Lemmel Syndrome: Case Report", International Journal of Development Research, 13, (08), 63402-63403.

INTRODUCTION

A Síndrome de Lemmel (SL) é uma condição rara de dor abdominal aguda e, frequentemente, um diagnóstico desafiador, devido sua baixa incidência e apresentação clínica inespecífica. É caracterizada por um quadro de icterícia obstrutiva, decorrente da compressão do ducto biliar comum por um divertículo duodenal periampular (DPA), na ausência de coledocolitíase ou tumor (Krisem, 2023; Frauenfelder, 2019). Os divertículos duodenais são o segundo tipo mais comum de divertículos digestivos, normalmente um achado incidental, que está presente em cerca de 27% dos pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta. Esses divertículos consistem em bolsas de mucosa sem a presença de camada muscular, caracterizando-se como pseudodivertículos. Quando os mesmos localizam-se em um raio de 2-3 cm da ampola de Vater, são classificados como divertículos periampulares (Tobin, 2018; Yanagaki, 2020).

Os DPAs são achados com maior frequência em pacientes idosos, tendo em vista que sua incidência aumenta com a idade (Frauenfelder, 2019). Em sua maioria, apresentam-se de forma assintomática, no entanto, cerca de 1-5% dos casos podem evoluir com icterícia obstrutiva (Síndrome de Lemmel), diverticulite, sangramento, perfuração, pancreatite ou colangite (Alcázar, 2021). Embora inespecífica, a clínica da SL, quando presente, consiste em dor em hipocôndrio direito (HCD), e elevação dos níveis de bilirrubina, transaminases e/ou enzimas pancreáticas, a depender do envolvimento da ampola de Vater (Bernshteyn, 2020; Goroztieta-Rosales, 2022). Aliado à clínica, os exames de imagem são de extrema importância para o diagnóstico correto desta patologia, que, se feitos de maneira precoce, evita investigações desnecessárias e manejo inadequado (Krisem, Massupa, 2023; Frauenfelder, 2019; Tobin, 2018). O tratamento envolve a remoção endoscópica do divertículo e a descompressão da via biliar.

Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 71 anos, tabagista crônica, admitida em Pronto Socorro com quadro de dor em HCD e região epigástrica, com irradiação para região dorsal, de caráter intermitente, iniciada há anos e com piora há dois dias, acompanhada de náuseas, vômitos e colúria. Ao exame físico, encontrava-se icterica, com dor a palpção de epigástrio e HCD, apresentando sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais mostravam bilirrubina total de 4,57 mg/dL, bilirrubina direta de 3,0 mg/dL, transaminase oxalacética de 253 U/L, transaminase pirúvica de 294 U/L. Realizado Tomografia Computadorizada (TC) de abdome com contraste que evidenciou dilatação do colédoco de 13,4 mm de calibre, com término abrupto na papila, onde se observou duas imagens nodulares justapostas, medindo em conjunto 22 x 8 mm, além de leve dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Ao nível do término do colédoco, o duodeno apresentava-se dilatado, podendo corresponder a divertículo duodenal. Em seguida, foi realizado endoscopia digestiva alta, que visualizou pangastrite erosiva leve e divertículo duodenal, não sendo visualizada a papila duodenal. No décimo dia de internação, a paciente evoluiu com piora da epigastralgia, febre e vômitos. Colhido exames laboratoriais: amilase 1572 UI/L, leucócitos 13.900/mm³, fosfatase alcalina 749 U/L, gama-glutamil transferase 783 U/L, transaminase oxalacética 253 U/L, transaminase pirúvica 294 U/L, antígeno carcinoembrionário (CEA) 3,5 ng/mL. Foi realizado Colangiorressonância Magnética (ColangioRM) que revelou dilatação difusa das vias biliares intra e extra-hepáticas até o nível do terço distal do colédoco, onde se observou redução abrupta do seu calibre por aparente compressão extrínseca determinada por lesão grosseiramente nodular em continuidade luminal com a terceira porção duodenal, sendo sugestivo a um divertículo duodenal primário, indicando a hipótese de síndrome de Lemmel. Após um mês, a paciente foi submetida a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), que evidenciou um divertículo duodenal gigante, papila peridiverticular e colédoco dilatado. Realizada papilotomia endoscópica ampla e completa com corte pulsado e, posteriormente, colecistectomia videolaparoscópica, a qual ocorreu sem intercorrências. Paciente permanece assintomática após dezoito meses do procedimento.

DISCUSSÃO

Dentre os divertículos duodenais, os DPAs são os mais comuns e, embora usualmente assintomáticos, em até 5% dos casos podem apresentar complicações como a Síndrome de Lemmel. (Bernshteyn, 2020) Sua fisiopatologia depende da localização do divertículo, sendo possível que ocorra: (I) fibrose crônica da papila secundária à diverticulite periampular, (II) inflamação crônica da ampola e (III) disfunção do esfíncter de Oddi, seja por compressão externa do colédoco, seja pela compressão da ampola de Vater pelo DPA (Tobin, 2018). Na investigação diagnóstica da SL, exames de imagem são necessários para identificar e diagnosticar corretamente os pacientes com essa condição. A Ultrassonografia de Abdome, exame inicial de escolha para pacientes com sintomas de colestase, pode auxiliar na avaliação da dilatação do ducto biliar, mas não é capaz de identificar os divertículos duodenais, diminuindo sua utilidade nesta patologia. Dessa forma, na investigação da DPA recomenda-se o uso de TC, ColangioRM ou CPRE, sendo a última considerada padrão-ouro para o diagnóstico, além de apresentar utilidade terapêutica (permite a realização de esfínterectomia e a inserção de um stent biliar). A TC e a ColangioRM são úteis para diagnosticar ou descartar cálculos e doenças periampulares, como na identificação do DPA comprimindo a porção intrapancreática do ducto biliar comum.

O tratamento e manejo desses pacientes variam a depender dos sintomas e da fisiopatologia específica do subtipo da SL. Para pacientes assintomáticos, recomenda-se o tratamento conservador. Em pacientes que apresentam sintomas de colestase ou colangite, considera-se um tratamento mais invasivo, por meio da extração endoscópica, litotripsia extracorpórea por ondas de choque ou cirurgia (diverticulectomia). Já em pacientes que apresentam fibrose papilar crônica ou disfunção do esfíncter de Oddi, a esfínterectomia endoscópica é a opção preferencial (Venkatanarasimha, 2019; Colin, 2023).

CONCLUSÃO

Entende-se, portanto, a partir da análise, que, mesmo sendo uma condição rara, a SL deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes que apresentam sintomas colestatócos, sem a presença de coledocolitíase ou tumor. O diagnóstico, portanto, deve ser realizado conforme os protocolos de cada serviço, contudo deve-se atentar à necessidade de outros exames complementares para melhor avaliação clínica. Seu diagnóstico precoce e manejo adequado são necessários para a prevenção de complicações, como pancreatite aguda e colangite, e diminuição da ocorrência de icterícia de repetição, fatores que aumentam o risco de morbimortalidade do paciente.

REFERÊNCIAS

- Krisem, massupa; hirunpat, pornrujee; tungtrongchitr, nuttapat. Lemmel syndrome, a rare cause of obstructive jaundice by periampullary duodenal diverticulum: case report and review of the literature. *Journal of clinical imaging science*, v. 13, 2023.
- Frauenfelder, giulia et al. Computed tomography imaging in lemmel syndrome: a report of two cases. *Journal of clinical imaging science*, v. 9, 2019.
- Tobin, roseanne et al. A giant duodenal diverticulum causing lemmel syndrome. *Journal of surgical case reports*, v. 2018, n. 10, p. Rjy263, 2018.
- Yanagaki, mitsuru et al. A successfully treated case of lemmel syndrome with pancreaticobiliary maljunction: a case report. *International journal of surgery case reports*, v. 72, p. 560-563, 2020.
- Alcázar, mdm díaz; maldonado, a. Martín-lagos; robles, a. García. Lemmel syndrome: an uncommon complication of periampullary duodenal diverticulum. *Rev esp enferm dig*, v. 113, n. 6, p. 477-478, 2021.
- Bernshteyn, michelle et al. Lemmel's syndrome: usual presentation of an unusual diagnosis. *Cureus*, v. 12, n. 4, 2020.
- Goroztieta-rosales, l. M. Et al. Lemmel syndrome: an extraordinary cause of obstructive jaundice—a case report. *Journal of surgical case reports*, v. 2022, n. 1, p. Rjab593, 2022.
- Volpe, alessio et al. Lemmel's syndrome due to giant periampullary diverticulum: report of a case. *Radiology case reports*, v. 16, n. 12, p. 3783-3786, 2021.
- Venkatanarasimha, nanda et al. Case 265: lemmel syndrome or biliary obstruction due to a periampullary duodenal diverticulum. *Radiology*, v. 291, n. 2, p. 542-545, 2019.
- Colin, h. Et al. Diverticulitis associated pancreatitis: a report of 2 cases and review of the literature. *Acta gastro-enterologica belgica*, v. 86, n. 2, p. 352-355, 2023.
