

Cirujano General

Volumen 26
Volume

Número 3
Number

Julio-Septiembre 2004
July-September 2004

Artículo:

Quiste de colédoco tipo I en el adulto:
Informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Quiste de colédoco tipo I en el adulto: Informe de un paciente

Type I choledochal cyst in the adult: Report of one patient

Dr. Luis Zerr Rivera, Dr. Ubaldo Berumen Cervantes

Resumen

Objetivo: Describir un caso poco frecuente de quiste del colédoco tipo I en el adulto.

Sede: Hospital de segundo nivel de atención.

Diseño: Informe de un caso clínico.

Descripción del caso: Mujer de 36 años de edad, con dolor epigástrico ocasional, de seis meses de evolución, acompañado de náusea y vómito; sin antecedentes de ictericia. El abdomen era blando a la palpación, manifestando dolor leve en el epigastrio; no se apreció ninguna masa o tumoración. Los exámenes de laboratorio como la biometría hemática, química sanguínea y pruebas hepáticas funcionales fueron normales. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica confirmó el diagnóstico de quiste del colédoco. Se efectuó laparotomía para extirparlo, encontrándose que era de tipo I y medida 10 cm en su diámetro mayor. El muñón proximal del colédoco se anastomosó a una asa yeyunal Y de Roux. Excepto por algunas complicaciones corregibles, la evolución fue satisfactoria, y la paciente se encuentra actualmente asintomática.

Conclusión: Un tratamiento eficaz del quiste del coléodo tipo I en adulto es su extirpación quirúrgica.

Palabras clave: Coléodo, quiste del coléodo.

Cir Gen 2004;26:210-211

Abstract

Objective: To describe an infrequent case of type I choledochal cyst in an adult.

Setting: Second level health care hospital.

Design: Report of a clinical case.

Description of the case: Woman of 36 years of age, with occasional epigastric pain of 6 months of evolution, accompanied by nausea and vomiting, without jaundice antecedents. The abdomen was soft to palpation, slight pain in the epigastrium, no mass or tumor was detected. Laboratory tests, that is, blood and hepatic functional tests, were normal. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography confirmed the choledochal cyst diagnosis. Laparotomy was performed to remove the cyst, finding it to be of Type 1 and measuring 10 cm in its largest diameter. The proximal stump of the choledochus was anastomosed to a jejunal Y in Roux loop. Except for some correctable complications, the patient evolved satisfactorily, and is at present asymptomatic.

Conclusion: An efficacious treatment of Type 1 choledochal cyst in the adult is its surgical extirpation.

Key words: Choledochal cyst, biliary tree.

Cir Gen 2004;26:210-211

Introducción

En tiempos pasados se describía la variedad tipo I de quiste del coléodo como poco frecuente.¹ Hoy día se le puede considerar de igual modo, aun tomando en cuenta su diagnóstico más fácil por los avances tecnológicos.^{2,3} Cabe considerar también el aflujo de informes de países asiáticos donde el padecimiento es prevalente en los niños.⁴⁻⁶

El caso que aquí se comunica es uno de los pocos que se han presentado en esta región de Coahuila. El

tratamiento quirúrgico se individualizó a fin de resolver las características particulares del problema.

Descripción del caso

Mujer de 36 años de edad que desde seis meses antes tenía dolor ocasional en el epigastrio, acompañado de náusea y vómito, y que calmaba con antiácidos. No hubo ictericia. A la exploración física el abdomen era blando y manifestó dolor leve a la palpación en el epigastrio, sin apreciarse ninguna masa o tumoración. Los siguientes

Departamento de Cirugía. Hospital del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Monclova, Coah. México.

Recibido para publicación: 13 de noviembre de 2003.

Aceptado para publicación: 25 de noviembre de 2003.

Correspondencia: Dr. Luis Zerr Rivera. Boulevard Benito Juárez No. 809 – 1 C.P. 25750 Monclova, Coah. México.

resultados de análisis de laboratorio fueron normales: Biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático. Un estudio de tomografía axial computada (**Figura 1**) determinó litiasis vesicular y lesión quística sobre la cabeza del páncreas. La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) confirmó la presencia de un quiste del colédoco y dilatación retrógrada de las vías biliares intrahepáticas. Con los datos anteriores se tomó la decisión de operar a la paciente, habida cuenta que "una vez que el quiste del colédoco ha producido síntomas, es casi invariablemente fatal a menos que sea tratado quirúrgicamente".⁷ Sin embargo, por motivos personales de la paciente la intervención fue aplazada nueve meses.

Los hallazgos transoperatorios fueron los siguientes: Hígado de aspecto normal, la vesícula medía 2.4 cm de diámetro y 8.5 cm de largo, y en ella se palpaban algunos cálculos pequeños. El colédoco midió 13 mm de diámetro en su porción inicial, pero a 2.5 cm de su emergencia del hígado se encontró una dilatación importante cuyo diámetro mayor era de 10 cm, desembocando en duodeno mediante una pequeña abertura de 2 mm que sólo se visualizó cuando ya disecado el quiste se procedió a abrirlo, previa sección de su unión con el colédoco proximal. Este tiempo fue laborioso y difícil por la adhesión con las estructuras vecinas.

Al abordar el páncreas y el duodeno, en la zona de la ampolla de Vater, se seccionó el quiste dejando 3 mm de pared quística unida a estos órganos, a modo que se pudiera cerrar en dos capas el muñón distal. A su vez el extremo proximal del colédoco quedó como un muñón de 2.5 cm de largo y 13 mm de diámetro.

A 40 cm del ángulo de Treitz se inició en el yeyuno la construcción de la Y de Roux, la que se anastomosó con el muñón del colédoco proximal. Se introdujo una sonda de Nélaton a través de esta asa de derivación biliodigesti-

tiva, haciéndola llegar a la anastomosis coledocoyeyunal para que sirviera como férula, al mismo tiempo que diese salida de bilis al exterior a través de la pared abdominal. La continuidad del yeyuno se restableció anastomosando el asa proximal seccionada al asa distal. Se hizo colecistectomía encontrándose la vesícula con varios cálculos. El tiempo operatorio fue de seis horas.

El curso postoperatorio transcurrió satisfactoriamente con los cuidados y medicamentos pertinentes. Empero, en el onceavo día se efectuó una segunda laparotomía debido a bili-peritoneo causado por una dehiscencia parcial de la pared posterior de la anastomosis coledocoyeyunal. Ésta se corrigió mediante un punto de sutura, y se dejó una sonda de Foley en el sitio de la dehiscencia, además de drenaje por succión continua tipo Drenovac.

La evolución que siguió estuvo libre de incidentes, si bien es de mencionarse que utilizamos alimentación parenteral para normalizar el estado nutricional.

Discusión

La tercera parte de los quistes del colédoco se manifiestan en la edad adulta.⁸ El estar consciente de este hecho favorece su diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportunos. La tríada sintomática clásicamente descrita del padecimiento es dolor abdominal, ictericia, y una masa palpable en el hipocondrio derecho. En nuestra enferma no existió ictericia ni masa palpable. Fue así que el apoyo del ecograma y de la colangio-pancreatografía retrógrada (CPRE) resultaron puntos clave para el diagnóstico. Fue asimismo afortunado, salvo discretas complicaciones corregibles, que el tratamiento resultara efectivo, y que la paciente recuperara su salud.

Conclusión

Es evidente el buen resultado del tratamiento quirúrgico en el quiste del colédoco tipo I en adulto. La excisión del quiste es popular en Japón.⁷ La utilidad de la Y de Roux quedó demostrada en el presente caso clínico.

Referencias

- Orloff MJ. In: Sabiston DC JR, Davis-Christopher. *Textbook of surgery*. 11th ed. Philadelphia: WB Saunders. 1977: p. 1762-4.
- Wienke J, Falen S, McCartney W. Hepatobiliary scan showing type II choledochal cyst. *Clin Nucl Med* 2001; 26: 1010-2.
- Norton KE, Glass RB, Kogan D, Lee JS, Emre S, Shneider BL. MR cholangiography in the evaluation of neonatal cholestasis: initial results. *Radiology* 2002; 222: 687-91.
- Yamashita K, Oka Y, Urakami A, Iwamoto S, Tsunoda T, Eto T. Double common bile duct: a case report and a review of the Japanese literature. *Surgery* 2002; 131: 676-81.
- Lai HS, Duh YC, Chen WJ. Inspissated bile syndrome followed by choledochal cyst formation. *Surgery* 1998; 123: 706-8.
- Orozco SJ. Dilatación quística congénita del colédoco. Análisis de 53 pacientes en la literatura médica mexicana. *Cir Cir* 1993; 60: 183-90.
- Orloff MJ. In: Sabiston DC Jr, Davis-Christopher. *Textbook of surgery*. 11th ed. Philadelphia: WB Saunders. 1977: p. 1264.
- Schwartz SI. *Principles of surgery*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 1994: p. 1387-8.



Fig. 1. Quiste del colédoco tipo I en adulto.