

Quiste gigante de colédoco en adulto

Roberto E Hernández Peña,* Jorge Ortiz de la Peña,**
Pablo Orozco,** Ricardo Wellman**

RESUMEN

La dilatación quística idiopática de la vía biliar (quistes de colédoco) es una patología que se presenta en 1 por cada 100,000 nacidos vivos. Se caracteriza por una dilatación extra y/o intrahepática de la vía biliar. Su etiología no es del todo conocida; hay dos teorías: 1) debida a enfermedad congénita y 2) resultado de enfermedad adquirida. Se pueden presentar como pancreatitis, colangitis, colédoco litiasis. El tratamiento debe ser la resección quirúrgica completa, ya que hasta 20% puede malignizarse. **Caso clínico:** Mujer de 29 años de edad, con dolor abdominal, saciedad temprana, así como aumento del volumen abdominal. Se le diagnosticó un quiste gigante de colédoco de 35 cm de diámetro, el cual se resecó completamente. **Conclusiones:** Los quistes de colédoco son una patología poco frecuente. El tratamiento angular es la resección quirúrgica, siempre realizando la resección completa del quiste o la resección de la mucosa, para evitar la transformación maligna.

Palabras clave: Vía biliar, quiste de colédoco, resección, conducto biliar común.

ABSTRACT

*Idiopathic cystic dilatation of the biliary tree (choledochal cysts) is a rare pathology that is present in 1 of every 100,000 newborns and is characterized by intra or extrahepatic dilatation of the biliary tree. Although etiology is not well known, there are 2 theories about its origin, congenital and acquired. They can present as pancreatitis, cholangitis or choledocholithiasis. Treatment consists of complete surgical resection because up to 20% can become malignant. **Case report:** 29 year old female patient with a history of 10 years of abdominal pain, early satiety, and abdominal growth. A giant choledochal cyst 35 cm in diameter was diagnosed and was later completely surgically removed. **Conclusions:** Choledochal cysts are an uncommon pathology. The treatment foundation is complete surgical removal of the cyst, including all the mucosa, to avoid a possible malignant transformation.*

Key words: Biliary tree, choledochal cyst, resection, common bile ducts.

INTRODUCCIÓN

La dilatación quística idiopática de la vía biliar, también conocida como quiste de colédoco, es una patología poco frecuente, que se presenta en 1 por 100,000 nacidos vivos. Se caracteriza por la dilatación de la vía biliar extra e intrahepática. En 1723, Vater y Ezler describieron por primera vez la dilatación fusiforme del conducto biliar común. En 1852, Douglas realizó la primera descripción clínica de un paciente con dilatación quística del colédoco, donde especulaba de una dilatación

congénita y describió como datos relevantes, dolor abdominal, fiebre e ictericia.¹ Fue hasta el año de 1959 cuando Alonso-Lej y colaboradores reportaron una serie de 94 casos y propusieron una clasificación clínica en tres tipos, cada uno con su respectivo tratamiento. En 1977, Todani y asociados modificaron esta clasificación, añadiendo la combinación de dilataciones intra y extrahepáticas; ésta es la clasificación más usada actualmente.^{2,3} El epitelio de los conductos biliares normales presenta una capa de epitelio columnar simple y una capa fibrosa con pocas glándulas y fibras musculares. En un estudio de 40 pacientes con quistes de colédoco se reportaron dos tipos de epitelio; el tipo glandular y el tipo fibroso. El tipo glandular presentó mayor actividad de la amilasa en la bilis, a diferencia del fibroso, que fue el que se asoció en más ocasiones a dilataciones quísticas. La importancia en el conocimiento de esta entidad resalta por el hecho de las complicaciones que puede

* Departamento de Cirugía Oncológica, Centro Médico ABC.

** Departamento de Cirugía General, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 10/03/09. Aceptado: 11/12/09.

Correspondencia: Dr. Roberto E Hernández Peña

Centro Médico ABC. Torre de Consultorio.

Calle Sur 136 núm. 201-4o. piso, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.

Consult. 511. Tel: 5272-2222. E-mail: robertoehernandezp@yahoo.com.mx

ocasionar, ya que hasta en 25% de los casos habrá estasis biliar, colangitis, pancreatitis y ruptura espontánea o por traumatismo; además existe el potencial de transformación maligna.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trató de una mujer de 29 años de edad, con padecimiento de 10 años de evolución, caracterizado por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, acompañado de náusea y vómito gastrobiliar, así como saciedad temprana. Presentaba aumento de volumen en hipocondrio derecho de un mes de evolución, e incremento de la sintomatología. Al efectuar la exploración física se encontró abdomen con aumento de volumen a nivel de hipocondrio derecho a expensas de una tumoración, bien delimitada, poco móvil, que se desplazaba con los movimientos de la respiración, no dolorosa. Los siguientes estudios de laboratorio fueron normales: Biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación. Se realizó ultrasonograma de abdomen que reveló una imagen isoecoica, sin septos en su interior. La tomografía axial computarizada reportó tumoración quística de 35 cm de diámetro, dependiente de lóbulo derecho (*Figura 1*). Se procedió a realizar una colangiografía percutánea y derivación externa, donde se reportó dilatación quística de la vía biliar de 35 cm de diámetro, por debajo

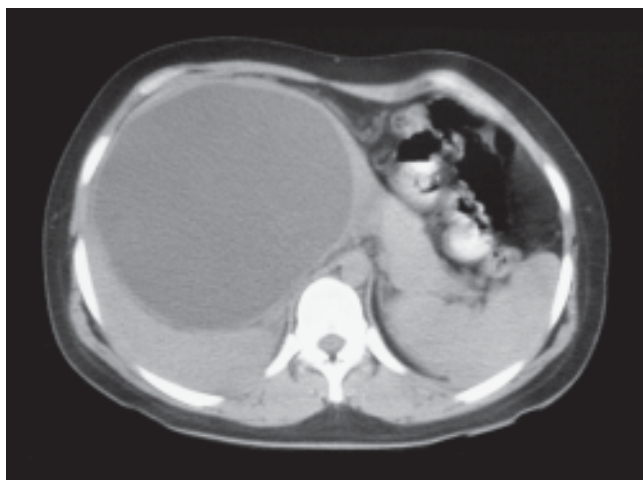


Figura 1. Tomografía.

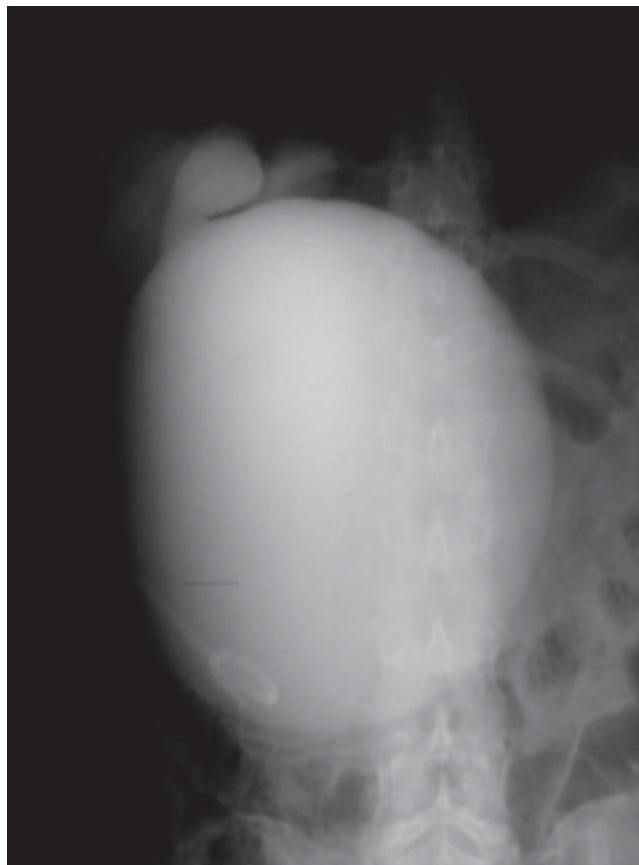


Figura 2. Colangiografía percutánea.

del conducto cístico (*Figura 2*), que se drenó para poder realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (*Figura 3*), que mostró dilatación quística de la vía biliar, con aumento de volumen de los conductos biliares extrahepáticos derecho e izquierdo. Se diagnosticó quiste gigante de colédoco tipo I. Se le realizó una laparotomía exploradora, con colecistectomía y resección completa del quiste y derivación hepatoyeyunal en Y de Roux de manera convencional. Cursó con una evolución satisfactoria. A tres años de seguimiento se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

Etiología: Existen dos teorías del origen de los quistes de colédoco: 1) congénita asociada a malformaciones de la vía biliar y 2) adquirida, según la cual, la dilatación estaría causada por

el reflujo del jugo pancreático al colédoco, debido a la unión aberrante del sistema ductal pancreatobiliar que se ha encontrado hasta en 80% de pacientes con dilatación quística del colédoco. Lo anterior explicaría los cambios metaplásicos de la mucosa coledociana, posiblemente por la acción de la tripsina del jugo pancreático sobre la pared del colédoco y de aquí su posible malignización.^{2,4-7}

Epidemiología: Muestra una relación mujer-hombre de 4:1. El 20% se diagnostican antes del primer año de vida, 60% antes de los 10 años y el restante 20% en los adultos, reportándose índices más altos en la población oriental que en la occidental.^{8,9}

Clasificación: Actualmente el tratamiento es individualizado al tipo de quiste que se presenta según la clasificación de Alonso-Lej, modificada por Todani donde se describen cinco tipos de quistes



Figura 3. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

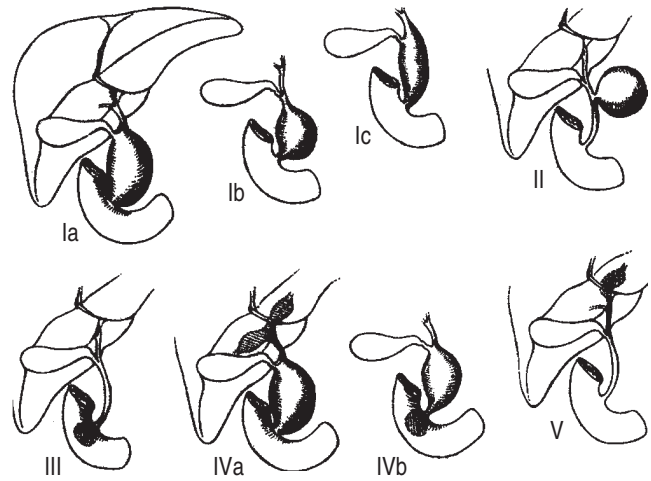


Figura 4. Clasificación de Alonso Lej-Todani.

de colédoco; actualmente se describen seis con subdivisiones (*Figura 4*):

- *Tipo I:* Dilatación quística del tracto biliar extrahepático se dividen en: Ia, quística; Ib, focal; y Ic, fusiforme.
- *Tipo II:* Dilatación sacular del tracto biliar extrahepático.
- *Tipo III:* Dilatación del tracto biliar intraduodenal; coledococoele se dividen en: tipos A1 (33%), A2 (4%), A3 (25%) y tipo B (21%) (*Figura 5*).¹⁰
- *Tipo IV:* Presenta dos variantes. Tipo IVa: Dilatación intra y extrahepática del tracto biliar. Tipo IVb: Múltiples quistes extrahepáticos.
- *Tipo V:* Dilatación confinada a los conductos intrahepáticos. Si se asocia a fibrosis hepática se conoce como enfermedad de Caroli.
- *Tipo VI:* Dilatación quística del conducto cístico.

Los quistes tipo I representan 40 a 60% de todos los casos. De los tres subtipos, el quístico y el fusiforme son los más frecuentes. El tipo IVa se presenta en 20 a 40% y los tipo III en 1.4%.^{2,11}

El dolor es la forma de presentación más frecuente en los adultos, reportándose en 60 a 80%. En menos de 30% de los adultos se presentan la tríada clásica de tumor palpable, dolor en el hipocondrio derecho e ictericia. En 25%, los pacientes adultos debutarán con complicaciones como colangitis, pancreatitis y cistolitiasis, por la estasis

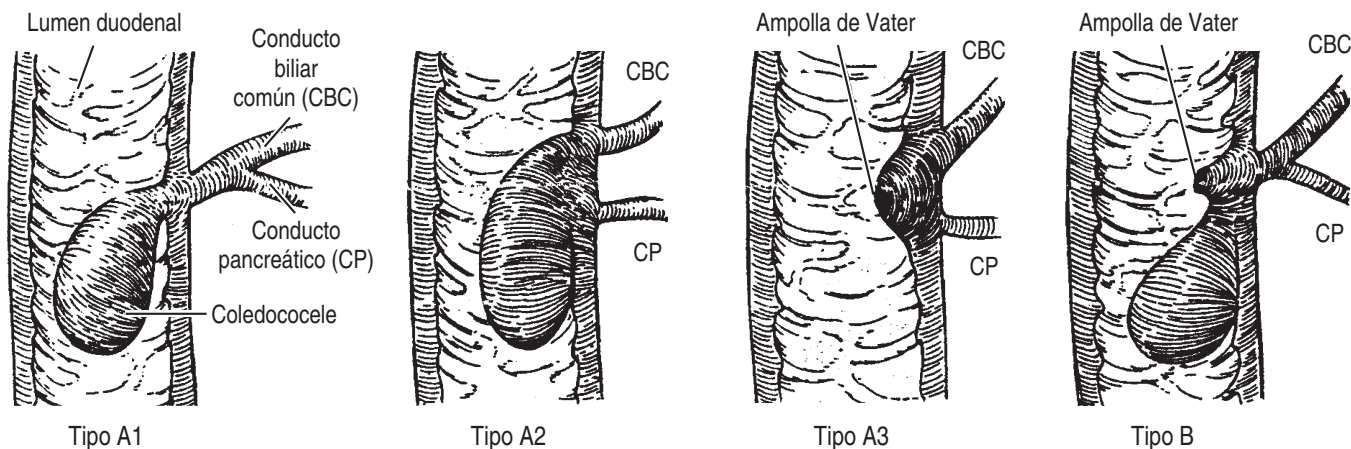


Figura 5. Subdivisión de los quistes tipo III.

biliar producida por los quistes.^{12,13} Asimismo, se ha reportado una incidencia de cáncer de vía biliar y quistes de colédoco que varía de 2.5 a 17.5%; este porcentaje depende del tiempo de evolución y del tipo de tratamiento realizado. En pacientes con 20 años de evolución, el riesgo es de 14% y con 50 años de evolución es de 50%. Se ha reportado malignización hasta en 20% de los pacientes a los que se les realizó una derivación cistoentérica. El carcinoma se presenta con mayor frecuencia en los quistes tipo I y posteriormente en los IV, siendo el principal sitio de presentación la pared del quiste (60%) y los conductos intrahepáticos (40%).¹⁴⁻¹⁶

Diagnóstico: Se encuentran disponibles diversos estudios para el diagnóstico y estudio anatómico de los quistes de colédoco. Los que se utilizan para su diagnóstico son tomografía axial computarizada, ultrasonido abdominal, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colangiografía percutánea, colangiografía transoperatoria y, en ocasiones especiales, centellografía con Tc99 DISIDA y colangiorresonancia magnética. Se han descrito colangiografías mediante resonancia magnética, con los mismos resultados que las transoperatorias; sin embargo, se requieren de más casos para valorar su sensibilidad y especificidad.

Los quistes tipo I y IVa son los más frecuentes, representan hasta 80% de los casos diagnosticados.⁴ El diagnóstico siempre se debe corroborar con un estudio de colangiopancreatografía retró-

grada endoscópica (CPRE) o colangiografía percutánea, ya que son los únicos capaces de demostrar los tipos anatómicos de los quistes de colédoco.¹⁹

Actualmente, el tratamiento es individualizado a cada tipo de quiste.¹⁷⁻²⁰ Para los tipo I y IVa, el tratamiento óptimo es colecistectomía y resección quirúrgica completa del quiste y la derivación hepatoeyunal en Y de Roux. Para los tipo II lo es la resección quirúrgica; para los tipo III puede ser la resección parcial o completa del quiste, esfinteroplastia y/o esfinterotomía. Para los tipo V, es la resección hepática.²¹⁻²⁷

Se han reportado frecuencias de complicaciones de 16 a 79%. La cistoduodenostomía es la cirugía que más complicaciones ha mostrado: colangitis en 88%, hepatolitiasis en 33%, coledocolitiasis en 25%, por lo que no se considera un procedimiento de elección. En los casos a los que se realizó derivación biliodigestiva, las complicaciones reportadas en la literatura son pocas (4% en promedio), por lo que es considerada actualmente el tratamiento de elección para los pacientes con quistes tipo I y IV.

CONCLUSIONES

Los quistes de colédoco son una patología rara en nuestro país. Se deben tomar en cuenta como diagnóstico diferencial en los pacientes que se presentan con síndrome icterico y/o tumoraciones quísticas hepáticas. Queda claro que el tratamiento para

esta entidad patológica es la colecistectomía y la resección completa del quiste con una derivación hepatoyeyunal en Y de Roux, para disminuir las complicaciones de transformación a malignidad que se presentan hasta en un 20% de las derivaciones cistoentéricas, así como la colangitis; la hepatolitiasis entre otras.¹⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Quistes congénitos de colédoco. Rev Esp Enf Digest 1990; 83: 32-37.
2. O'Neill Jr. Choledochal Cyst. Curr Probl Surg 1992; 369-405.
3. Todani T. Congenital Bile Duct Cysts. Am J Surg 1977; 134: 263-269.
4. Iwai N. Congenital choledochal dilatation with emphasis on pathophysiology of the biliary tract. Ann Surg 1992; 215: 27-30.
5. O'Neill Jr. Recent experience with choledochal cyst. Ann Surg 1986; 5: 533-540.
6. Todani T. Anomalous arrangement of the pancreatobiliary ductal system in patients with a choledochal cyst. Am J Surg 1984; 147: 672-676.
7. Yamauchi S. Anomalous junction of pancreaticobiliary duct without congenital choledochal cyst: A possible risk factor for gallbladder cancer. Am J Gastroenterol 1987; 82: 20-24.
8. De Wilde. Choledochal cyst in adult. Endoscopy 1991; 23: 4-7.
9. Grosfeld J. The spectrum of biliary tract disorders in infants and children. Arch Surg 1994; 129: 513-520.
10. Sarris G. Choledochoceles: Case report, literature review, and a proposed classification. Surgery 1989; 105: 408-414.
11. Serena A.F. Cyst dilatation of the cystic duct: A new type of biliary cyst. Surgery 1991; 109: 320-322.
12. De Wilde. Choledochal cyst in adult. Endoscopy 1991; 23: 4-7.
13. Grosfeld J. The spectrum of biliary tract disorders in infants and children. Arch Surg 1994; 129: 513-520.
14. Bloustein P. Association of carcinoma with congenital cyst conditions of the liver and biliary ducts. Am J Gastroenterology 1977; 67: 40-46.
15. Duque CT. Colangiocarcinoma de quiste de colédoco. Rev Esp Enf Digest 1994; 86 (1): 553-556.
16. Ishibashi T. Malignant change in the biliary tract after excision of choledochal cyst. BJ Surg 1997; 84: 1687-1691.
17. Hayes M. The developmental basis for bile duct anomalies. Surg Gynecol Obst 1958; 447-456.
18. Dohke Masako. Anomalies and anatomic variants of the biliary tree revealed by MR cholangiopancreatography. AJR 1999; 173: 1251-1254.
19. Klein G. Newer imaging modalities for the preoperative diagnosis of choledochal cyst. Am J Gastroenterol 1981; 76: 148-152.
20. Chijiwa K. Postoperative follow-up of patients with type IVA choledochal cyst after excision of extrahepatic cyst. J Am C Surg 1994; 179 (5): 641-645.
21. Chijiwa K. Surgical management and long-term follow-up with choledochal cysts. Am J Surg 1993; 165: 238-242.
22. Chijiwa K. Postoperative follow-up of patients with type IVA choledochal cyst after excision of extrahepatic cyst. J Am C Surg 1994; 179 (5): 641-645.
23. Raffensperger J. Bile duct reconstruction in the management of choledochal cyst. Pediatr General Thoracic Surgery 90.
24. Benhindjeb T. Cyst dilatation of the common bile ducts: surgical treatment and long-term results. Br J Surg 1994; 81: 433-436.
25. Lilly J. Total Excision of the choledochal cyst. Surg Gynecol Obstet 1978; 146: 254-256.
26. Todani T. Hepaticoduodenostomy at the hepatic hilum after excision of choledochal cyst. Am J Surg 1981; 142: 584-587.
27. Shi Liu-Bin. Diagnosis and treatment of congenital choledochal cyst: 20 years' experiences in China. World J Gastroenterol 2001; 7 (5): 732-734.