



Quiste de colédoco detectado prenatalmente

Ricardo Jorge Hernández Herrera,¹ Roberto Flores Santos,² Adán Hinojosa Salinas,¹ René Ramos González,¹ Beatriz Ramírez González³

RESUMEN

El quiste de coléodo es un defecto de la vía biliar extrahepática, con incidencia de 1 por cada 100 a 150,000 nacidos vivos. Se comunica el caso de una recién nacida de término, hija de madre de 32 años de edad, producto del segundo embarazo, a quien se le detectó, mediante ecografía obstétrica, quiste abdominal fetal. El ultrasonido de tercer nivel confirmó la existencia de una masa quística, de probable origen hepático. La paciente nació a las 39 semanas de gestación por cesárea, con peso de 3,980 g, talla de 54 cm, Apgar 9-9. Inició con bilirrubina indirecta máxima de 16 mg que remitió con fototerapia. Las pruebas de función hepática fueron normales, la ultrasonografía abdominal reportó un quiste en el coléodo de 50 x 49 x 48 mm, con leve dilatación del conducto hepático común; la vesícula biliar tenía morfología y dimensiones normales. La TAC de abdomen reportó una masa quística abdominal en la región del mesogastro de 4.4 x 5.3 x 5.2 cm, compatible con quiste congénito de la vía biliar (de coléodo). La paciente fue intervenida a los 45 días de vida por laparoscopia, con lo que se corroboró el diagnóstico. La evolución posoperatoria fue satisfactoria.

Palabras clave: quiste, coléodo, diagnóstico prenatal.

ABSTRACT

The choledocal cyst is a defect of the biliary extrahepatic route, the incidence is 1 in 100-150,000 newborns. This paper reports the case of a female newborn with choledocal cyst detected prenatally, from a 32-year-old mother, 2nd term pregnancy, who was diagnosed in the routine obstetric ultrasound as an abdominal fetal cyst. An anatomic obstetric ultrasound confirmed the diagnosis that was defined of a probable hepatic origin. Newborn was delivered at 39 weeks by caesarean section, with weight of 3,980 g and Apgar score 9-9 in conventional time. Newborn presented a maxim bilirubin level of 16 mg, controlled with phototherapy; the hepatic function was normal. Ultrasound showed a choledocal cyst which measured 50 x 49 x 48 mm, with dilatation of the hepatic common conduct, the gall bladder was normal. The abdominal scan reported a cystic mass in the middle abdominal region of 44 x 53 x 52 mm confirming a choledocal cyst. The diagnosis was confirmed after surgery. Patient had a satisfactory post-surgical evolution.

Key words: choledocal cyst, prenatal diagnosis.

RÉSUMÉ

Le kyste du cholédoque est un défaut de la voie biliaire principale, avec une incidence de 1 sur 100 à 150.000 naissances vivantes. Nous rapportons le cas d'un terme nouveau-né, fille mère de 32 ans, produit de la seconde grossesse, qui a été détectée par échographie, le kyste abdominal du fœtus. L'échographie de troisième niveau ont confirmé la présence d'une masse kystique, probablement d'origine hépatique. Le patient est né à 39 semaines de gestation par césarienne, pesant 3,980 g, hauteur de 54 cm, Apgar 9-9. A commencé avec un maximum de 16 mg de bilirubine qui a envoyé à la photothérapie. Des tests de la fonction hépatique était normale, une échographie abdominale rapporté un kyste du cholédoque dans un 50 x 49 x 48 mm, avec une dilatation modérée du canal hépatique commun, la vésicule biliaire a une morphologie normale et les dimensions. CT de l'abdomen, abdominal masse kystique signalés dans la région intestin moyen de 4,4 x 5,3 x 5,2 cm, compatible avec kyste congénital du canal biliaire (cholédoque). Le patient a été opéré à 45 jours de vie par laparoscopie, ce qui corrobore le diagnostic. L'évolution postopératoire a été satisfaisante.

Mots-clés: kyste, du cholédoque, le diagnostic prénatal.

RESUMO

O cisto coléodo é um defeito no duto biliar comum, com uma incidência de 1 em 100-150,000 nascidos vivos. Relatamos o caso de um termo, a mãe de recém-nascido filha produto de 32 anos de idade, a segunda gravidez, que foi detectado, por cisto de ultra-som, fetal abdominal. O terceiro nível de ultra-som confirmou a presença de uma massa cística, provavelmente de origem hepática. A paciente nasceu com 39 semanas de gestação por cesariana, pesando 3,980 g, altura de 54 cm, Apgar 9-9. Começou com máxima de 16 mg de bilirrubina que enviou com fototerapia. Os testes de função hepática foram normais, ultra-sonografia abdominal relatou um cisto coléodo em um x 49 x 50 48 mm, com dilatação leve do ducto hepático comum, a vesícula biliar tinham morfologia e dimensões normais. CT do abdômen, massa cística abdominal registrados na região do intestino médio de 4,4 x 5,3 x 5,2 centímetros, compatível com cisto congênito do duto biliar (coléodo). O paciente foi operado a 45 dias de vida por laparoscopia, que corroboraram o diagnóstico. O pós-operatório foi satisfatório.

Palavras-chave: cisto, diagnóstico, coléodo pré-natal.

El quiste de colédoco es una dilatación fusiforme del árbol biliar, una malformación poco frecuente con incidencia aproximada en países occidentales de 1 por cada 100 a 150,000 nacidos vivos.¹ El primer caso documentado se atribuye a Douglas en 1852.^{2,3} Esta lesión congénita tiene mayor incidencia en Asia, particularmente en Japón.² La dilatación biliar congénita puede asociarse con: alteración en la unión del conducto pancreaticobiliar, estenosis del conducto biliar común distal, dilatación del conducto intrahepático e histología hepática anormal.⁴ En la bibliografía existen diversos informes de series de casos y en forma general se dividen en dos grandes grupos por edad. Los menores de un año de edad representan el grupo infantil y a los mayores de un año se les llama grupo pediátrico clásico.⁵⁻⁷ En relación con el grupo infantil, pocos casos se diagnostican prenatalmente.⁸ Los síntomas informados con más frecuencia en el grupo infantil son: ictericia, evacuaciones pálidas y fiebre. Los signos más frecuentes son: ictericia, hepatomegalia y masa abdominal pequeña o masiva. Los síntomas más frecuentes en el grupo pediátrico clásico son: dolor, ictericia y vómito, y los signos más frecuentes en este grupo incluyen: ictericia, hepatomegalia y raramente datos de peritonitis y cirrosis.^{9,10} Se refiere también que en la infancia, el quiste de colédoco y una dilatación del árbol biliar pueden acompañarse o no de atresia de las vías biliares. Ambos grupos de pacientes tienen síntomas similares, pero el tratamiento y pronóstico son diferentes.^{11,12} Existe una clasificación morfológica de este quiste.¹³

CASO CLÍNICO

Recién nacida de término, hija de madre de 32 años de edad, producto del segundo embarazo (parto previo), con control prenatal adecuado, a quien se le detectó mediante ecografía obstétrica, un quiste abdominal con probable origen en las vías urinarias (uretral), por lo que fue referida al Departamento de Medicina Fetal de nuestra unidad, donde se confirmó la masa quística, con sospecha de quiste abdominal de probable origen hepático, urinario u ovárico. A las 39 semanas de gestación se obtuvo, por operación cesárea, una recién nacida de 3,980 g, talla de 54 cm, perímetro cefálico de 35 cm, Apgar 9-9. Inició con bilirrubina indirecta máxima de 16 mg, que remitió con fototerapia, no tuvo distensión abdominal y mostraba buena tolerancia a la vía oral. Las pruebas de función hepática fueron normales. Se le practicó ultrasonografía abdominal que reportó un quiste en el colédoco de 50 x 49 x 48 mm, con leve dilatación del conducto hepático común, vesícula biliar de morfología y dimensiones normales. La TAC simple contrastada mostró una masa quística abdominal en el mesogastrio, con hígado de tamaño normal, imagen hipodensa redondeada, localizada en el lóbulo derecho, que medía 4.4 x 5.3 x 5.2 cm, donde se identificó comunicación con la vía biliar. Se concluyó que se trataba de una imagen compatible con quiste congénito de la vía biliar (de colédoco). La biometría hemática, los electrolitos séricos y la química sanguínea tuvieron resultados normales, grupo O (+), al noveno día de vida se obtuvieron concentraciones máxi-

¹ Médico adscrito al Departamento de Medicina Fetal.
² Médico adscrito al Departamento de Neonatología.
³ Residente de tercer año de Ginecoobstetricia.
Hospital de Ginecoobstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto núm. 23 del IMSS, Monterrey, NL.

Correspondencia: Dr. Ricardo Jorge Hernández Herrera. Correo electrónico: richdher@hotmail.com, rjorgeh246@hotmail.com
Recibido: abril 2012. Aceptado: noviembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Hernández-Herrera RJ, Flores-Santos R, Hinojosa-Salinas A, Ramos-González R, Ramírez-González B. Quiste de colédoco detectado prenatalmente. Ginecol Obstet Mex 2013;81:115-119.

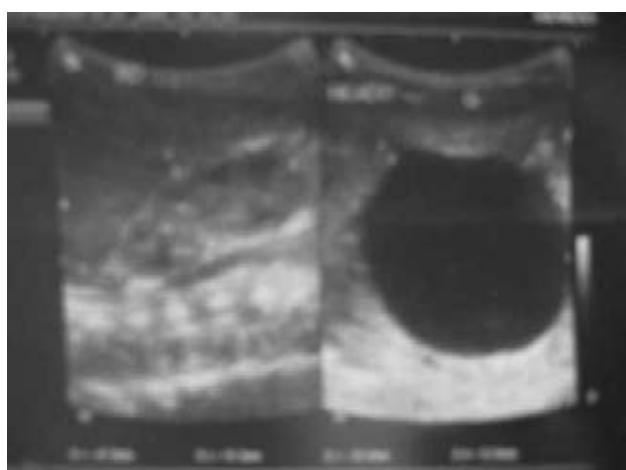


Figura 1. Imagen prenatal de quiste de colédoco.

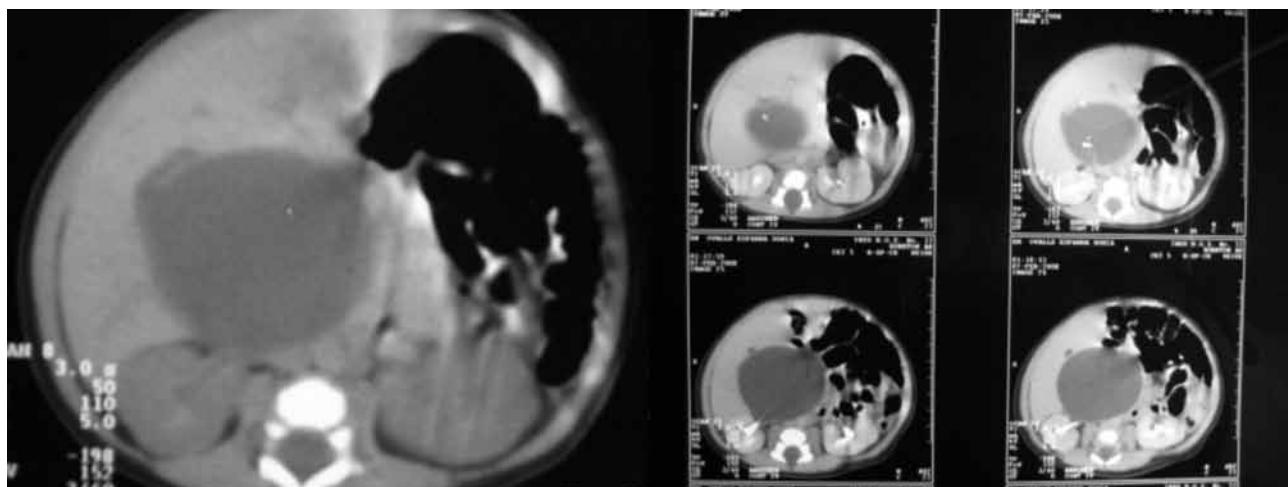


Figura 2. TAC de abdomen, quiste de abdomen.

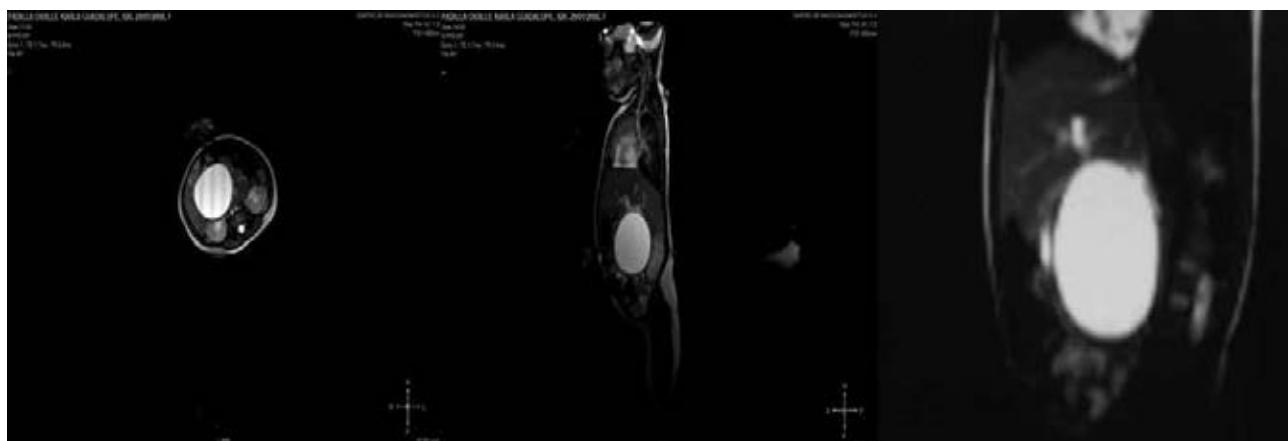


Figura 3. Angiorresonancia que demuestra la dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, con la imagen de quiste de coléodo.

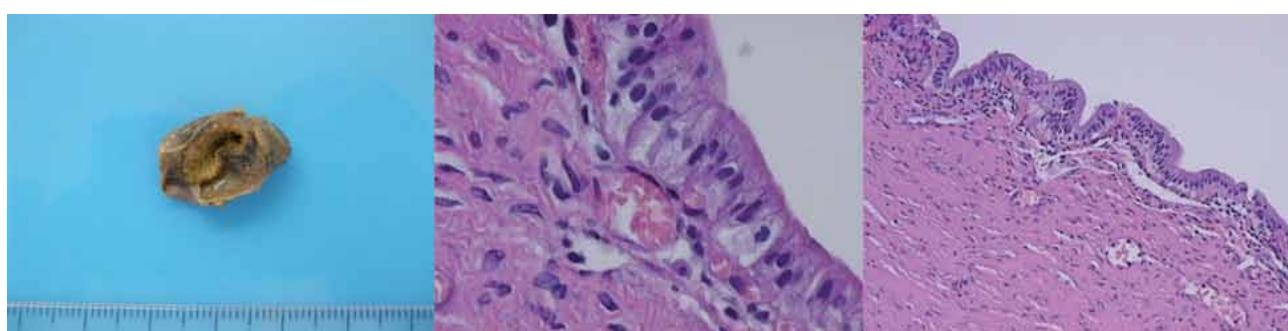


Figura 4. Quiste de coléodo y corte histológico con células atípicas y pleomórficas con epitelio esfacelado e infiltrado polimorfonuclear.

mas de bilirrubina directa de 1.2 mg/dL. Las pruebas de funcionamiento hepático mostraron resultados normales (TGO y TGP en 61 y 58 UI/L, respectivamente), con

fosfatasa alcalina de 196 UI/L. Los signos vitales eran estables, la paciente no mostraba datos de sepsis y toleraba adecuadamente la alimentación con leche humana.

No mostró distensión abdominal con la alimentación y las heces fueron normales.

La paciente se sometió a laparotomía exploradora mediante incisión transversa supraumbilical, se encontró quiste de colédoco que dependía de las vías biliares, el quiste se vació extrayendo líquido biliar. Se corroboraron las dimensiones. Se hizo un abordaje interno, en el que se resecó toda la pared anterior del quiste y la mucosa de la pared posterior mediante hidrodissección, se dejó intacta la parte seromuscular de esa pared y así se evitó la manipulación de la vena cava. Se realizó hepatoyeyuno-anastomosis en Y de Roux. El resultado del estudio anatopatológico fue: quiste de colédoco extensamente ulcerado y fibrosado con revestimiento epitelial cilíndrico e infiltrado inflamatorio con predominio polimorfonuclear, lámina propia con fibrosis. Algunas zonas mostraron cambios con células atípicas y pleomórficas.

DISCUSIÓN

El quiste de colédoco es escasamente detectado en neonatos y existen pocos informes de casos detectados prenatalmente. La imagen ultrasonográfica para el diagnóstico puede complementarse con TAC o con colangiopancreatografía de un disparo en resonancia nuclear,¹⁴ así como con colangiografía transoperatoria. El tratamiento consiste en la escisión del quiste y una hepatocoledo-yejunostomía en Y de Roux, o cualquier otra técnica quirúrgica, como laparoscopia o cirugía de mínima invasión, además del tratamiento de las alteraciones estructurales que acompañan a esta entidad, como conducto hepático accesorio en el lado izquierdo, conductos hepáticos derecho e izquierdo abiertos separadamente, alteraciones de las arterias hepáticas, bloqueo parcial o completo de los conductos biliares extrahepáticos, etc. Puede haber complicaciones, como peritonitis por perforación.¹⁵⁻²² En esta paciente los estudios de imagen permitieron definir la localización y su origen, porque en la TAC se observó la continuidad de la masa quística con el conducto biliar, lo que confirmó una afección de las vías biliares. Hasta los dos meses, la paciente no mostró colestasis extrahepática, sólo un leve incremento de la bilirrubina directa hasta 1.2 mg/dL. Debido al riesgo de daño hepático que puede resultar en cirrosis biliar, efectuar una cirugía derivativa antes de que se instale ese daño es una medida preventiva. Se espera un pronóstico favorable con buena supervivencia. Existe

una franca diferencia en la incidencia entre los países asiáticos y los latinoamericanos, por lo que es escasamente detectado en nuestro medio y se diagnostica poco en la etapa neonatal. Es conveniente considerar al quiste de colédoco entre los diagnósticos diferenciales de los quistes abdominales fetales y corroborarlo al nacimiento. Éste es el primer caso de quiste de colédoco que se detecta prenatalmente y en recién nacidos en nuestro hospital en los últimos 20 años, por lo que consideramos una baja incidencia, calculada en 1 por cada 400,000 nacidos vivos. El ultrasonido obstétrico permitirá que se incremente su detección en la etapa neonatal, aunque no cause síntomas.

CONCLUSIONES

El ultrasonido obstétrico permite detectar afecciones quísticas abdominales. En este caso la detección oportuna orientó el tratamiento temprano para evitar complicaciones que el quiste de colédoco puede causar a largo plazo.

REFERENCIAS

- Howard ER. Choledocal cysts. In: Howard ER, editor. *Surgery of liver disease in children*. Oxford: Butterworth-Hienemann, 1991;78-90.
- Miyano T, Yamataka A, Li L. Congenital biliary dilatation. *Semin Pediatr Surg* 2000;9:187-195.
- Mukhopadhyay B, Bommayya N, Mukhopadhyay M, et al. Choledocal cyst-experience in five years. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 1999;4:118-122.
- Stringer MD, Dhawan A, Davenport M, Mieli-Vergani G, et al. Choledocal cysts: lessons from a 20-year experience. *Arch Dis Childhood* 1995;73:528-531.
- Vijayaraghavan P, Lal R, Sikora SS, Poddar U, Yachha SK. Experience with choledocal cysts in infants. *Pediatr Surg Int* 2006;22:803-807.
- Poddar U, Thapa BR, Chhabra M, Rao KL, et al. Choledocal cysts in infants and children. *Indian Pediatr* 1998;35:613-618.
- Le L, Pham AV, Dessanti A. Congenital dilatation of extrahepatic bile ducts in children. Experience in the central hospital of Hue, Vietnam. *Eur J Pediatr Surg* 2006;16:24-27.
- Mackenzie TC, Howell LJ, Flake AW, Adzick NS. The management of prenatally diagnosed choledocal cysts. *J Pediatr Surg* 2001;36:1241-1243.
- Mishra A, Pant N, Chadha R, Choudhury R. Choledocal cysts in infancy and childhood. *Indian J Pediatr* 2007;74:937-943.
- Jierong F, Minju L, Hongfeng T, Weizhong G, Shaoyong Y. Clinical and pathological characteristics of cystic lesions of extrahepatic bile duct in neonates. *Acta Paediatr* 2003;92:1183-1189.
- Huang FC, Hwang K. Differential diagnosis of infantile choledocal cyst with or without biliary atresia. *Acta Paediatr Taiwan* 2006;47:175-180.

12. Chen CJ. Clinical and operative findings of choledocal cysts in neonates and infants differ from those in older children. *Asian J Surg* 2003;26:213-217.
13. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Classification, operative procedures and review of thirty seven cases including cancer arising from choledocal cyst. *Am J Surg* 1977;143:263-269.
14. Suzuki M, Shimizu T, Kudo T, Suzuki R, et al. Usefulness of nonbreath-hold 1-shot magnetic resonance cholangiopancreatography for the evaluation of choledocal cyst in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;42:539-544.
15. Gardikis S, Antypas S, Kambouri K, Lainakis N, et al. The Roux-en-Y procedure in congenital hepatobiliary disorders. *Rom J Gastroenterol* 2005;14:135-140.
16. Grosfeld JL, Rescola FJ, Skinner MA, West KW, Scherer LR 3rd. The spectrum of biliary tract disorders in infants and children. Experience with 300 cases. *Arch Surg* 1994;129:513-518.
17. Lee H, Hirose S, Bratton B, Farmer D. Initial experience with complex laparoscopic biliary surgery in children: biliary atresia and choledocal cyst. *J Pediatr Surg* 2004;39:804-807.
18. Al-Qahtani AR, Almaramhi H. Minimal access surgery in neonates and infants. *J Pediatr Surg* 2006;41:910-913.
19. Dong Q, Jiang B, Zhang H, Jiang Z, et al. Management strategy for congenital choledocal cyst with co-existing intrahepatic dilation and aberrant bile duct as well as other complicated biliary anomalies. *Yonsei Med J* 2006;47:826-832.
20. Shimotakahara A, Tamataka A, Yanai T, Kobayashi H, et al. Roux-en-Y hepaticojjunostomy or hepaticoduodenostomy for biliary reconstruction during the surgical treatment of choledocal cyst: which is better? *Pediatr Surg Int* 2005;21:5-7.
21. Morotomi Y, Todani T, Watanabe Y, Noda T, Otsuka K. Modified Kasai's procedure for a choledocal cyst with a very narrow hilar duct. *Pediatr Surg Int* 1995;11:58-59.
22. Karnak I, Tanyel FC, Buyukpamucku N, Hicsonmez A. Spontaneous rupture of choledocal cyst: an unusual cause of acute abdomen in children. *J Pediatr Surg* 1997;32:736-738.