



Quiste del colédoco: reporte de un caso

Juan Roberto González Santamaría,* Dorian Manzur Cruz,** Juan Girón Márquez,***
León Carballo,**** Carep Reyes Picasso,***** Israel Estévez Chávez*****

RESUMEN

Objetivo. Descripción de un caso de quiste de colédoco manejado en el Hospital Rafael Pascasio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. **Sede.** Hospital Juárez de México, SSA. **Descripción del caso.** Femenino de 29 años de edad con antecedente de dolor en cuadrante superior izquierdo tipo cólico sin irradiaciones de dos años de evolución, aumenta con la ingesta de colecistokinéticos acompañado de ictericia, náuseas y vómito, se le realiza colecistectomía dos meses previos a su ingreso. A su ingreso presenta dolor en hipocondrio derecho sin ictericia, Murphy presente, sin irritación peritoneal. Bilirrubina total .41, bilirrubina directa .12, bilirrubina indirecta .28, fosfatasa alcalina 62 USG, dilatación fusiforme de colédoco en tercio medio de 64 x 37 mm con presencia de lito en su interior sin dilatación de la vía biliar intrahepática. TAC: imagen quística en colédoco con dimensiones de 54 x 56 mm CPE dilatación de colédoco proximal fusiforme de 5 x 6 cm Qx. Quiste de colédoco Todani 1, se realiza resección del mismo y hepaticoyeyunoanastomosis. **Conclusiones.** El quiste de colédoco es diagnosticado en su mayoría en la infancia y adolescencia y sólo 20 a 30% de los casos ocurren en la vida adulta. La tríada clásica encontrada hasta en 14% es: ictericia, colestasis y dolor. La excisión del quiste con alguna técnica de derivación es el tratamiento ideal; otros tratamientos dependen del tipo morfológico del quiste; la esfinteroplastia transduodenal o papilotomía endoscópica se ha utilizado para los coledococeles y trasplante para la enfermedad de Caroli.

Palabras clave: Quiste de colédoco, hepaticoyeyunoanastomosis, Todani.

ABSTRACT

Objective. Description of a case of choledochal cyst handled in Hospital Rafael Pascasio Gamboa in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. **See.** Juarez hospital of Mexico. S.S.A. **Description of the case.** Feminine of 29 years of age with antecedent of colic pain in superior left quadrant without irradiations of 2 years of evolution, increases with the ingestion of cholecistokinetics accompanied by jaundice, nausea and vomit, and cholecistectomy 2 previous months. At urgency room she presents pain without jaundice and Murphy, without peritoneal irritation. Total bilirubin .41, direct bilirubin .12, indirect bilirubin .28, alkaline fosfatasa 62 USG, fusiform expansion of choledochal in third middle of 64 x 37mm with presence of litho in its interior without expansion of the intrahepatic biliary system. TAC: cystic image in choledochal with dimensions of 54 x 56 mm CPE fusiform dilation of choledochal proximal of 5 x 6 cm Qx. Choledochal Cyst Todani 1 type. We made resection of the same and hepaticoyejunoanastomosis. **Conclusions.** The choledochal cyst is diagnosed in its majority in the childhood and single adolescence and only 20 to 30% of the cases is in the adult life. The triad found even up to 14% is: jaundice, cholestasis and pain. The excision of the cyst with some technique of derivation is the ideal treatment, other treatments depend on the morphologic type of the cyst, transduodenal sphincteroplasty or endoscopic papillotomy has been used for choledococeles and transplant for Caroli's disease.

Key words. Choledochal cyst, hepaticoyejunoanastomosis, todani.

INTRODUCCIÓN

El quiste de colédoco es diagnosticado en su mayoría en la infancia y adolescencia y sólo en 20 a 30% de los casos es en la vida adulta. La tríada clásica encontrada has-

ta en 14% es: Ictericia, colestasis y dolor. En 1723, Vater documentó la dilatación fusiforme.¹ En 1958 Alonzo Lej los clasifica morfológicamente en los tres grupos clásicos.² En 1977 Todani y cols. realizan la clasificación actualmente utilizada.^{3,4} Se reporta un caso tratado en el

* Residente de Cirugía General "Hospital Juárez de México". Secretaría de Salud.

** Adscrito al Servicio de Cirugía General "Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa", Secretaría de Salud. Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

*** Adscrito al Servicio de Cirugía General "Hospital Juárez de México", Secretaría de Salud.

**** Adscrito al Servicio de Endoscopia "Hospital General Rafael Pascasio Gamboa" Secretaría de Salud. Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

***** Residente de Cirugía General "Hospital Juárez de México" Secretaría de Salud.

hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas de la Secretaría de Salud.

INFORME DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 29 años de edad sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Lo inicia dos años previos a su ingreso con presencia de dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico sin irradiaciones que aumenta con la ingesta de colecistoquinéticos y que disminuye con la ingesta de analgésicos, acompañado de náuseas y de vánito con presencia de tinte icteríco en piel y tegumentos, diaforesis, nictagia, coluria y fiebre, por lo que acude a realizarse un USG de hígado y vías biliares que reporta colecistitis crónica clásica. Decide asistir a su unidad médica en donde se realiza colecistectomía encontrando vesícula biliar de 5.2 cm. con cálculos multifacetados de .5 cm. y presencia de quiste de coléodo fusiforme, sin embargo, por presencia de sangrado deciden sólo realizar la colecistectomía. Dos meses después, a su ingreso, se encuentra consciente, orientada, con conjuntivas normales, mucosa oral hidratada, tórax sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen blando depresible doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy presente, con cicatriz quirúrgica tipo Kocher reciente, peristalsis presente sin irritación peritoneal, genitales de acuerdo con edad y sexo, extremidades sin edema con llenado capilar de tres segundos.

Laboratorios (Cuadro I)

El USG demostró dilatación fusiforme de coléodo en tercio medio de 64 x 37 mm con presencia de lito en su interior sin dilatación de la vía biliar intrahepática (Fig. 1).

El estudio histopatológico reportó vesícula biliar con aplanamiento de sus pliegues, conservando su epitelio

Cuadro 1. Laboratorios.

Hb:	13.9
Leucocitos:	7,200
Plaquetas:	268,000
Tiempos:	TP 11.7 Seg 88%
TPT	30.6 Seg
Glucosa:	74
Creatinina:	.5
PFH: bilirrubina total:	.41
Bilirrubina directa:	.12
Bilirrubina indirecta:	.29
Fosfatasa alcalina:	62

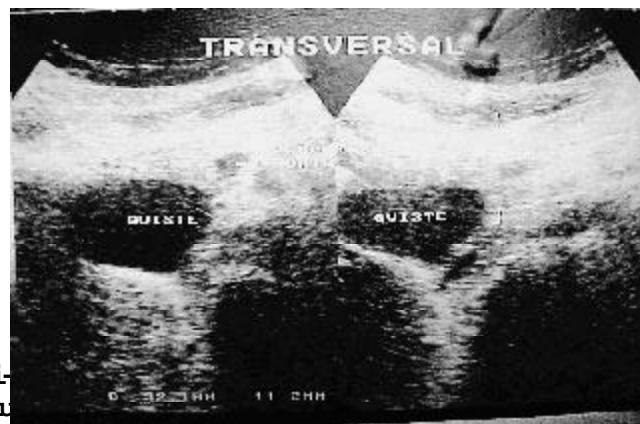


Figura 1. Ultrasonido: dilatación fusiforme correspondiente a un quiste del coléodo de 64 x 37 mm.

columnas pared de 3 mm con infiltrado mononuclear. Se realizó TAC encontrando imagen quística en coléodo con dimensiones de 54 x 56 mm con densidad central de 23 UH, que no muestra reforzamiento posterior a la administración de medio de contraste (Fig. 2).

La CPE reportó dilatación de coléodo proximal de forma fusiforme de 5 x 6 cm (Fig. 3).

Se realiza resección de quiste de coléodo tipo 1 de Todani y se realizó una derivación biliodigestiva (hepatocoyeyuno anastomosis) (Figs. 4 y 5).

La enferma egresa sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La mayoría de los quistes del coléodo son diagnosticados en la infancia y adolescencia y sólo 20-30% de los casos en la vida adulta, la tríada clásica se encuentra hasta en 24%,^{5,6} siendo ictericia, colestasis (70%) y dolor en cuadrante superior derecho (60%). Puede complicarse con colangitis o pancreatitis. Otras complicaciones más raras corresponden a peritonitis biliar por rotura del quiste y hemorragia debida a hipertensión portal secundaria y cirrosis biliar.⁷ La excisión del quiste con alguna técnica de derivación interna es el tratamiento de elección.⁸ Las reconstrucciones hepatoentericas han sido optimizadas con técnicas adicionales antirreflujo como las válvulas de Tanaka y las interposiciones yeyunales.⁹⁻¹¹ Otros tratamientos dependen del tipo morfológico del quiste, la esfinteroplastia transduodenal o papilotomía endoscópica se ha utilizado para los coledococeles, y la resección hepática o trasplante para la enfermedad de Caroli, según el compromiso hepático (Fig. 6).

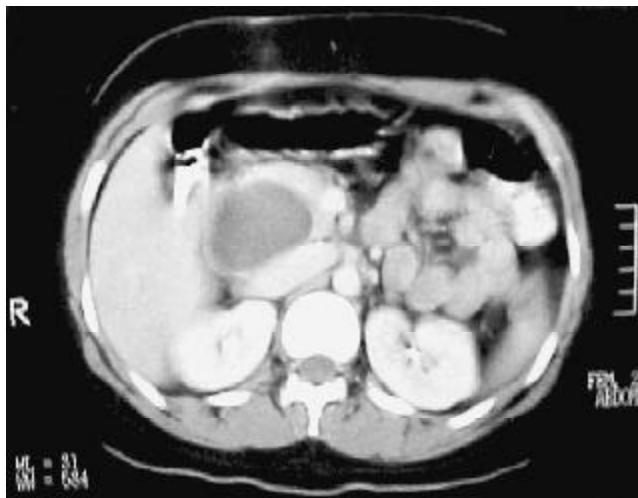


Figura 2. Tomografía que muestra quiste de colédoco de 54 x 56 mm.



Figura 3. Dilatación fusiforme del colédoco de 5 x 6 cm.

Las complicaciones inherentes al quiste y a su tratamiento son: colangitis ascendente, pancreatitis recurrente, cirrosis biliar, hipertensión portal, litiasis y transformación maligna.^{12,13}

Hay otras corrientes que indican que la excisión del quiste de colédoco no debe ser completa en todos los casos debido a que la fibrosis que rodea al quiste facilita la disección de las lesiones vasculares de la pared posterior del quiste. Para reducir una lesión inadvertida de la porta en los casos en donde la fibrosis es extensa, se emplea un abordaje interno en el que la excisión del quiste queda confinada a la pared interna (mucosa) del quiste.

La disección de la pared posterior se realiza mediante hidrosección separando la mucosa de la pared.¹⁴ Es importante recalcar la importancia de la colangiografía transoperatoria.¹⁵

CONCLUSIÓN

La degeneración maligna ocurre en 60% a nivel de la pared del quiste y en 40% a partir de un sitio distinto, el tratamiento de elección es realizar resección del quiste, ya que al resecarlo se está disminuyendo en 60% el riesgo de neoplasia. Sin embargo, este procedimiento debe ser realizado por manos expertas y bajo las condiciones adecuadas para evitar aumentar la morbilidad del paciente.



Figura 4. Se localiza quiste de colédoco.



Figura 5. Se realiza resección de quiste de colédoco.

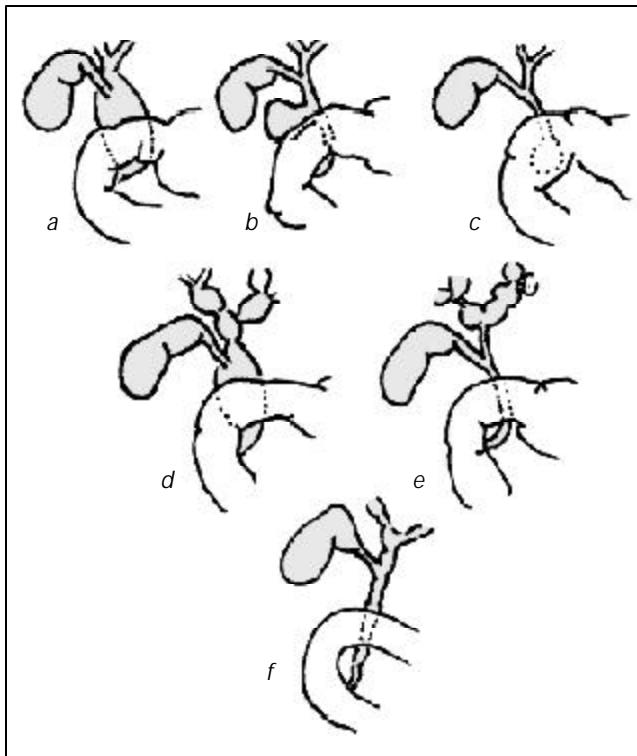


Figura 6. Tipos de quiste de colédoco: a) Tipo I quiste fusiforme, b) Tipo II divertículo quístico, c) Tipo III coledococele, d) Tipo IV dilataciones quísticas intra y extrahepáticas, e) Tipo V dilataciones intrahepáticas con vías extrahepáticas relativamente normales, f) FF forma frustrada con pequeñas dilataciones quísticas ligeras, generalmente intra y extrahepáticas.

REFERENCIAS

1. O'Neill J. Choledochal Cyst. *Curr Probl Surg* 1992; 29: 363-410.
2. Alonso-Lej F, Revor W, Pessagno D. Congenital choledochal cyst, with a report of two, and an analysis of 94 cases. *Surg Gynecol Obstet Int Abstr Surg* 1959; 108: 1-30.
3. Chaudhary A, Dhar P, Sachdev A, et al. Choledochal cysts-differences in children and adults. *Br J Surg* 1996; 83: 186-8.
4. Fassler S, Martínez J, Gutiérrez O. Enfermedades de la vesícula y las vías biliares. En: Chalem F, Escandón J, Campos J, et al. *Medicina Interna*, 3a. ed, Santafé de Bogotá, Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología; 1997; p. 1164-5.
5. Tan K, Howard E. Choledochal cyst: a 14-year surgical experience with 36 patients. *Br J Surg* 1988; 75(9): 892-5.
6. Serrano M, García E, Contreras J. Síndrome de Caroli. *Rev Colomb Cir* 1993; 8(3): 203-6.
7. Florent CH, Florent M, Flourie B. Les kistes du choledoque. *Med Chir Dig* 1986; 15: 405-8.
8. Lilly J. Surgery of coexisting biliary malformation in choledochal cyst. *J Pediatr Surg* 1979; 14: 643-7.
9. Caro A. César Roux y su Famosa Y. *Rev Colomb Cir* 1992; 7(3): 166-8.
10. Cosentino C, Luck S, Raaffensperger J, et al. Choledochal duct cyst: Resection with physiologic reconstruction. *Surgery* 1992; 112(4): 740-8.
11. Vacanti J, Sano K. Surgical treatment of jaundice in newborn infants. In: Nyhus L, Baker R, Fischer J, editors. *Mastery of Surgery*. 3th ed. USA: Little Brown and Company; 1997; p. 1159-67.
12. Karnak I, Cahit F, Büyükpamukçu N, et al. Spontaneous rupture of choledochal cyst: An unusual cause of acute abdomen in children. *J Pediatr Surg* 1997; 32(5): 736-8.
13. Yamataka A, Ohshiro K, Okada Y, et al. Complications after cyst excision with hepaticoenterostomy for choledochal cysts and their surgical management in children versus adults. *J Pediatr Surg* 1997; 32(7): 1097-102.
14. Alvarado García R, Reza Villa A. Quiste gigante de colédoco, informe de un caso. *Cir Ciruj* 2002; 70: 40-3.
15. Fernández Rivero JM, Sánchez Moreno R. Quiste de colédoco, imagen radiológica y transoperatoria. *Rev Gastroenterol* 2003; 68(4): 296.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Juan Roberto González Santamaría
Manzana 15, lote 10, fraccionamiento Real de
Medinas. Pachuca, Hidalgo, C.P. 42020
Tels.: 0177171 45216,
015552392129, 04455 30732703
Fax: 0177171 45216
Correo electrónico: robertoglez01@hotmail.com