



## Quiste de colédoco. Reporte de caso

Roberto Carlos Rebollar González,\* Javier García Álvarez,\*\* José R. Santamaría Aguirre,\* Daniel Dávila Ramírez,\*\*\* Denisse Hernández Cervantes,\* Víctor Hugo Gómez\*

### RESUMEN

Los quistes de colédoco son una entidad rara que se presentan con un cuadro clínico insidioso que en la mayoría de los casos es en la infancia; sin embargo, su diagnóstico puede ser tardío y presentarse hasta la edad adulta, el predominio por sexo es 3:1 en el femenino. Aún no se ha definido el origen de estas dilataciones siendo postulado su origen adquirido y el congénito. El cuadro clínico característico es el dolor, ictericia y masa abdominal; sin embargo, la presentación de la tríada es poco frecuente. El tratamiento de elección en los quistes del tipo I es la quistectomía con hepatoyeyunosanastomosis en Y de Roux.

**Palabras clave:** Quiste de colédoco, quistectomía, hepatoyeyunoanastomosis.

### ABSTRACT

The choledocal chyst are a rare entity that present with a clinical manifestation insidious and more frequent in child, instead the diagnosis can be made late in adult life. It is more frequent in women in the relation of 3:1. The origin of these dilatations hasn't been established postulating the acquired and the congenital. The typical clinical presentation is with pain, jaundice and palpable mass in the abdomen, but this triad is uncommon. The treatment of choice in the chyst type I is the chystectomy with hepatoyeyunoanastomosis in Y of Roux.

**Key words:** Chyst of choledocus, chystectomy, hepatoyeyunoanastomosis.

### INTRODUCCIÓN

En la literatura el primer quiste de colédoco mencionado es el reportado por Vater en 1723 y el primer caso bien reportado presentado por Douglas en 1852.<sup>1</sup>

El quiste de colédoco es una entidad rara que tiene una frecuencia de un caso por 100,000-150,000 nacidos vivos;<sup>2</sup> su frecuencia es mayor en Asia principalmente en Japón y predominantemente en el sexo femenino 3:1; 80% de los casos son diagnosticados en la infancia antes de los 10 años de edad. La etiología aún es desconocida; sin embargo, se han propuesto varias hipótesis entre ellas la que propone una desigualdad de una proliferación de las células epiteliales (colédoco) en el estado de la fase sólida de las primitivas vías biliares. Si la proliferación celular es más activa en la porción proximal que en la distal durante la fase de la oclusión epitelial, entonces en el momento de la canalización, la porción proximal será anormalmente dilatada y la porción distal será normal o en ocasiones estenótica. Se plantea que los quistes del tipo IV

pueden estar sustentados en esta teoría congénita de los quistes. Se ha hablado también de una combinación entre la debilidad local de las paredes del conducto, producida durante la fase de vacuolización del colédoco en conjunto con una obstrucción distal del conducto. Se ha propuesto también un concepto teórico-etiológico basados en una anomalía en la conjunción pancreático biliar formando el conducto común un ángulo recto al insertarse en el conducto pancreático y a una distancia anormal de la ampolla de Vater. Esta condición conlleva a una pérdida del mecanismo esfinteriano de la unión pancreático biliar, proponiendo así que la presión secretoria del páncreas es mayor que la del sistema hepatocoleodociano, lo cual lleva a un reflujo de jugo pancreático en el conducto biliar común. Esto se sustenta por los altos valores de amilasa determinados por el laboratorio en el aspirado del quiste biliar. También debemos mencionar que con esta teoría se quieren explicar los cambios histológicos y los daños de la pared inclusive la producción de neoplasia a expensas de la pared del quiste,<sup>1</sup> o como lo trata de explicar Kutsonoki y cols. cuando explican los defectos quísticos en la vía biliar debido a una reducción de la cantidad normal de los cuerpos de células post-colinérgicas, lo cual conlleva a una disfunción autonómica y así a la dilatación (oligogangliosis en la porción distal del colédoco).<sup>3</sup>

\* Residente del Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

\*\* Jefe del Servicio de Cirugía General y Profesor Titular del Curso de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

\*\*\* Médico Adscrito del Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

La clasificación actual de los quistes del colédoco fue descrita por Alonso-Lej en 1954 y modificada en 1977 por Todani:<sup>4,5</sup> El tipo I el más frecuente (80-90% de todos) es una dilatación segmentaria o fisiforme del colédoco. El tipo II o divertículo delístico y el tipo III o coledococoele son los más raros (2%), el tipo IV es el segundo en frecuencia (10-15%). Se caracteriza por múltiples dilataciones quísticas de la vía biliar intra y extrahepática (IVa) o únicamente de la extrahepática (IVb). El tipo V o enfermedad de Caroli es una afectación difusa quística de la vía biliar intrahepática<sup>6</sup> y fibrosis.<sup>1</sup>

Los métodos diagnósticos comprenden USG y TAC,<sup>7</sup> aunque no siempre apunten al diagnóstico correctamente. El diagnóstico preciso se realiza con CPRE (colangiopancreatografía retrógrada) y actualmente con la colangioresonancia nuclear magnética llegando a sustituir a ésta.<sup>8</sup>

La mayoría de los autores recomiendan la cirugía como tratamiento de los Quistes de colédoco (QC) con resección en el tipo I. De esta manera el problema clínico es resuelto y se evita así la aparición del colangiocarcinoma, cuya incidencia en pacientes mayores de 20 años puede alcanzar hasta 28%.<sup>9</sup> El mayor riesgo del colangiocarcinoma en estos pacientes puede deberse al reflujo mantenido de enzimas pancreáticas y al estancamiento de sales biliares, que producirán una inflamación crónica de la mucosa quística y una posterior degeneración neoplásica.<sup>10</sup> El tratamiento más aceptado es la quistectomía con reconstrucción de la continuidad anatómica mediante una hepaticoyeyunectomía en Y de Roux.<sup>6,9,11-13</sup>

En los quistes tipo III la posibilidad de generación maligna es rara<sup>9,10</sup> y en estos casos el tratamiento de elección es la esfinterectomía, ya que con esta medida se permite el correcto drenaje de la vía biliar y pancreática.<sup>6,7,9,14</sup>

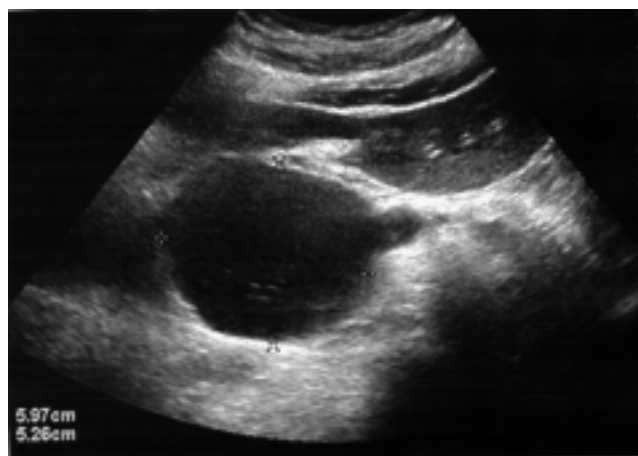
En los QC del tipo IV en la mayor parte de los trabajos se recomienda la resección de los quistes extrahepáticos seguida de hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.<sup>6,9</sup>

Finalmente la Enfermedad de Caroli se trata cuando la afectación es localizada con una hepatectomía parcial y cuando ya no es posible, con el trasplante hepático:<sup>6</sup> “Una vez que el quiste del colédoco ha producido síntomas, es casi invariablemente fatal, a menos que sea tratado quirúrgicamente”.<sup>15</sup>

Dentro de las complicaciones propias de la enfermedad encontramos los siguientes: Cálculos en el quiste, colecistitis litiasica, pancreatitis aguda y/o crónica,<sup>16</sup> colangiocarcinoma, colangitis, abscesos intrahepáticos y cirrosis con hipertensión portal.<sup>1</sup> Además de la fibrosis hepática congénita en los niños.<sup>13,17</sup>

## REPORTE DE CASO

Femenino de 46 años de edad, AHF y APNP sin importancia para el PA, APP Hipertiroidismo a los 17 años de



**Figura 1.** Primer USG realizado en medio particular.

edad, tratada con metimazol por cinco años. Refirió manejo por endocrinólogo con tratamiento médico, al ingreso a ésta suspendido. Primer cuadro de colecistitis 12 años antes de su ingreso, ocho años posteriores presenta nuevo cuadro y acudió a facultativo quien realiza USG con el cual no se continuó con el protocolo de estudio (Figura 1), refirió tratamiento conservador a base de analgésico y antiespasmódico. Se refirió diagnóstico de tuberculosis renal hace 12 años, desconoce tratamiento empleado. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria diagnosticada por biopsia hace 10 años actualmente sin tratamiento específico. Tromboembolia pulmonar hace siete años manejada con anticoagulantes orales por seis meses. Diagnosticada un año antes del ingreso con Esófago de Barret de segmento corto con metaplasia sin displasia, manejada con IBP, a su ingreso sin control.

PA: Refiere 10 días previos a su ingreso, con la presencia de dolor a nivel de hipocondrio derecho irradiado a epigastrio tipo cólico de intensidad 8/10, continuo, constante, negó relación con ingesta de alimentos, no se refirió alteración al cambio de posición y no se relaciona otra sintomatología. Acudió a facultativo quien la manejó con analgésico, antiácidos e inhibidor de bomba de protones. Refirió agudización del cuadro y al no lograr mejoría acude a nuestra unidad.

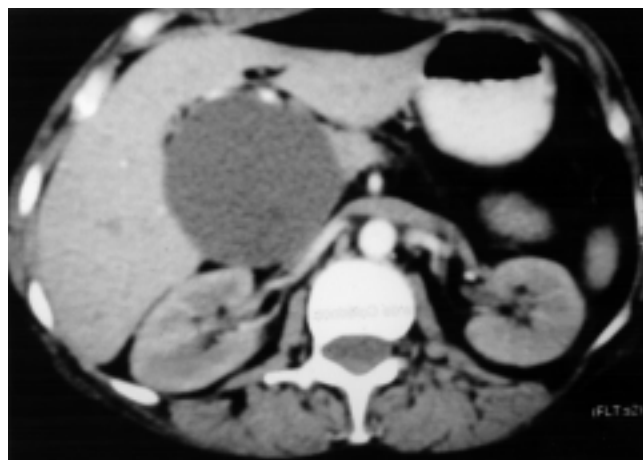
A su ingreso TA: 110/60, FC: 70, FR: 14, Temperatura: 36 °C. Femenino sin alteraciones al *habitus* exterior. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo y distensión abdominal, no se encontraron alteraciones en el estado de la superficie, peristaltismo normal. Se encontró dolor a la palpación media a nivel de epigastrio, así como tumor en mismo sitio con las siguientes características: redondo, movable, de consistencia blanda, doloroso, de 7 cm de diámetro aproximadamente, resto de EF sin alteraciones.



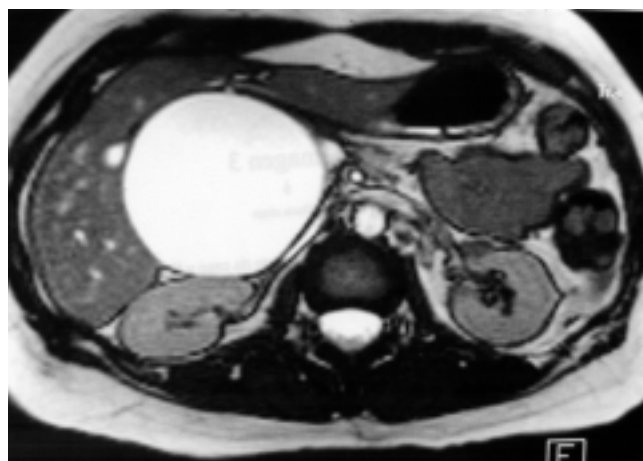
Los laboratorios de control incluyendo bilirrubinas, transaminasas, amilasa y lipasa sin alteraciones (Figura 2).

Se realizó TAC encontrando imagen compatible con quiste pancreático; sin embargo, al no ser concluyente se solicitó colangiografía dando el diagnóstico de quiste de colédoco (Figuras 3 y 4).

El tratamiento quirúrgico se realizó mediante una colecistectomía y derivación biliodigestiva en Y de Roux, los hallazgos quirúrgicos fueron vesícula biliar de 9 x 4 x 3 cm con múltiples litos en su interior de 0.5, 0.8, 1 y 1.3 cm respectivamente, quiste de colédoco en porción retroduodenal de 12 cm de diámetro, sin otras alteraciones macroscópicas. Durante el postoperatorio con evolución favorable. El reporte de patología sin reportar cambios malignos (Figuras 5 y 6).



**Figura 2.** TAC con imagen compatible con pseudoquiste pancreático, resultado no concluyente.



**Figura 3.** Colangiografía en donde se encuentra imagen compatible con quiste de colédoco.



**Figura 4.** Corte sagital apreciándose la localización y altura del quiste de colédoco.



**Figura 5.** Toma de vesícula biliar disecada y colédoco parcialmente disecado mostrando el quiste de colédoco.



**Figura 6.** Vesícula biliar, colédoco y quiste de colédoco en una sola pieza.



## DISCUSIÓN

Los quistes de colédoco son una enfermedad rara que se presentan con escasa frecuencia en nuestro medio, el cuadro clínico suele ser insidioso y en la mayoría de los casos suele diagnosticarse durante los primeros diez años de la infancia; las principales complicaciones van desde cuadros de colangitis, pancreatitis aguda de repetición y pancreatitis crónica, formación de abscesos, hasta llegar al desarrollo de un colangiocarcinoma por el daño continuo y constante en la vía biliar. Los tratamientos estandarizados son quirúrgicos sin lugar a duda y el tratamiento debe ser establecido lo más pronto posible a fin de evitar cualquiera de sus complicaciones. En el caso clínico presentado, la paciente se encontraba cursando con cuadros clínicos caracterizados en su mayoría únicamente por el dolor crónico y por la presencia del tumor palpable en epigastrio mismo que fue aumentando de tamaño al paso del tiempo, el cual aun al haber sido diagnosticado en un primer tiempo por USG no tuvo seguimiento, lo anterior tuvo repercusión en el tratamiento ya que fue retrasado debido al diagnóstico clínico erróneo en múltiples ocasiones, característico de esta entidad, ya que la sintomatología presentada en cada episodio era variable. Al llegar al segundo nivel de atención la clínica y los estudios de gabinete fueron los que orientaron hacia el diagnóstico correcto. La TAC mostró la primera posibilidad diagnóstica, siguiéndola y siendo el método definitivo la colangiografía.

La colangiografía en la actualidad se considera el método diagnóstico de primera elección en los quistes de colédoco sustituyendo a la CPRE, la cual fue considerada hasta hace poco el estándar del diagnóstico. La ventaja sustancial de la colangiografía sobre la CPRE básicamente es la ausencia de la invasión.

## REFERENCIAS

1. Rev Fac Med Univ De los Andes, Venezuela 2000; 2: 1-2.
2. Todani T, Tabuchi K, Watanabe Y, Kobayashi T. Carcinoma arising in the wall of congenital bile duct cyst. *Cancer* 1979; 44: 1134-41.
3. Kusunoki M, Saitoh N, Yamamura T, Fujita S, Takahashi Y, Utsunomiya J. Choledochal Cyst: Oligoganglioneuroblastoma in Narrow portion of the Choledocus. *Arch Surg* 1988; 123: 984-6.
4. Alonso-Lej F, Rever WB, Pessagno DJ. Congenital choledochal cyst, with a report of 2 and analysis of 94 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1959; 108: 1-30.
5. Todani T, Watanabe Y, Naruse M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cyst, classification, operative procedures and review of thirty seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1978; 134: 263-9.
6. Uribearena R, Ravenós N, Fuentes J, Elías J, Tejedo V, Uribearena R. Diagnóstico y tratamiento de los quistes de colédoco. Presentación de 10 nuevos casos. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 2.
7. García Cano L, González M, Morillas A, Pérez S. Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: Estudio en una unidad pequeña de CPRE. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96: 163-73.
8. Castrillón C, Sastoque C, Herrera M. Aplicaciones clínicas de la colangiopancreatografía por resonancia magnética. *latreia* 2005; 18(2): 199-208.
9. López RR, Pinson CW, Campbell JR, Harrison M, Catón R. Variation in management based on type of Choledochal cyst. *Am J Surg* 1991; 161: 612-5.
10. Ohtsuka T, Inoue K, Ouchida J, Nabae T, Niiyama H, Yokohama K, et al. Carcinoma arising in choledochocoele. *Endoscopy* 2001; 33(7): 614-9.
11. Stain SC, Guthrie CR, Yellin A, Donovan AJ. Choledochal cyst in the adult. *Ann Surg* 1995; 222(2): 128-33.
12. Hewitt PM, Krige JE, Bommman PC, Terblanche J. Choledochal cyst in Adult. *Br J Surg* 1995; 82: 382-5.
13. Shi LB, Peng SY, Meng XK, Peng CH, Liu YB, Chen XP, et al. Diagnosis and treatment of congenital choledochal cyst: 20 years experience in China. *World J Gastroenterol* 2001; 7(5): 732-4.
14. Berger A, Douart R, Landi B, Poupardin E, Canard JM, Cellier C, et al. Endoscopic management of large choledochocoele associated with choledocholithiasis. *Gastroenterol Clin Biol* 2007; 31(2): 200-3.
15. Zerr R, Berumen C. Quiste de colédoco tipo I en el adulto: Informe de un paciente. *Cir Gen* 2004; 26: 210-1.
16. Candel M, Albarracín A, Robles R, Guirao J, Pascual P. Perforación de quiste de colédoco en un varón de 12 años. *Cir Esp* 2005; 78(2): 115-7.
17. Jones E, Cudmore R. Choledochal Cyst and Congenital Hepatic Fibrosis. *Pediatr Surg* 1990; 25: 782-7.

### Solicitud de sobretiros:

Dr. Roberto Carlos Rebollar González  
Servicio de Cirugía General  
Hospital Juárez de México  
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160,  
Col. Magdalena de las Salinas,  
Del. Gustavo A. Madero,  
C.P. 07760, México, DF.  
Tel.: (55) 3054-0130