

Artículo

Tratamiento racional Videoasistido del Quiste de Colédoco

Hector Perez Lorenzana¹, Carmen Licona Islas¹, Nestor Martinez Hernandez Magro¹,
Jaime Antonio Zaldivar Cervera¹, Cesar Hernandez Carmona²

¹Médicos del Servicio de Cirugía Pediátrica.

²Residente del cuarto año de la especialidad de Cirugía Pediátrica

Institución Hospitalaria

Unidad Médica de Alta Especialidad “LA RAZA”.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Ubicado en Jacarandas Esq. Vallejo s/n,
CP: 02790 Delegación Azcapotzalco,
México, D.F.

Solicitud de Sobretiros: Dr Hector Perez Lorenzana.

Unidad Médica de Alta Especialidad “La Raza”, Servicio de Cirugia Pediatrica,
Jacarandas Esquina con Vallejo SN, CP 02790,
Delegacion Azcapotzalco, Mexico D.F.
Correo electronico: hepelo@yahoo.com

Resumen

Introducción: El tratamiento definitivo para el quiste de colédoco es la resección total con una hepatoeyunoanastomosis en Y de Roux presentamos este procedimiento con la técnica de mínima invasión.

Material y Métodos: Estudio prospectivo en 6 pacientes con dilatación de la vía biliar. Se realizo resección total del quiste videosistido seguido de una hepatoeyunoanastomosis en Y de Roux, durante un periodo de dos años.

Resultados: Se elimino un paciente por tener colecistitis alitiasica. Fueron cinco mujeres y un hombre todos con quiste tipo I. Utilizamos 3 trocares derechos y uno izquierdo. Mediante uno de los orificios de lado derecho se amplio la incisión 2 a 3 cm. para realizar la Y de Roux y la hepatoeyunoanastomosis.

Discusión: La resección del quiste de colédoco por laparoscopia es una buena alternativa al manejo quirúrgico, disminuye el trauma, el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria.

Palabras clave: Quiste de colédoco; Resección laparoscópica.



Treatment rational for the colédoco cyst for laparoscopia

Abstract

Introduction: The definitive treatment for the colédoco cyst is the total resection with a hepatoeyunoanastomosis in AND of Roux we present this procedure with the technique of minimum invasion.

Material and Methods: I study prospective in 6 patients with dilation of the road biliar. One carries out total resection of the cyst videosistido followed by a hepatoeyunoanastomosis in AND of Roux, during a 2 year-old period.

Results: You eliminates a patient to have colecistitis alitiasica. They were five women and a man all with cyst type I. We use 3 right trocares and one left. By means of one of the holes of right side you wide the incision 2 to 3 cm. to carry out the AND of Roux and the hepatoeyunoanastomosis.

Discussion: The resection of the colédoco cyst for laparoscopia is a good alternative to the surgical handling, it diminishes the trauma, the postoperative pain and the hospital stay.

Index Words: Colédoco Cyst; Resection Laparoscopic.

Introducción

La malformación quística del colédoco tiene una incidencia aproximada del 0.03 %.¹⁰

Predomina en el sexo femenino al masculino 3:1, 4:1.

Ocurre en la primera década de la vida.

La tríada clásica de ictericia, masa palpable en cuadrante superior derecho y el dolor abdominal está presente en sólo una minoría de pacientes 0%-15%.^{12,16,17}

El diagnostico se realiza con ultrasonido, se confirma con tomografía y puede complementarse con colagiopancreatografia retrograda endoscópica y con gamagrama.^{7,8}

El aspecto mas importante para el manejo del quiste de colédoco es evitar complicaciones y dentro de estas principalmente prevenir la malignización.²

El primer caso documentado fue en 1832 por Douglas cuyo tratamiento fue el drenaje percutaneo del quiste, en 1894 Swain publico el primer caso tratado con una colecistoyeyunoanastomosis.

En 1896 Brun en 1896 publico tres casos tratados primero con drenaje externo y luego con una colédoco enterostomía.

En el siglo pasado el primer reporte fue en 1924 con la primer resección exitosa de un quiste.

El tratamiento puede ser con derivación tipo coledocistoyeyunoanastomosis, hepaticoportoappendicostomía, hepatoduodenostomía y la de elección la derivación biliodigestiva del tipo hepatoeyunoanastomosis en Y de Roux, la cual se

ha utilizado en nuestro medio y en nuestro hospital, siendo el Dr. Nieto el primero en realizar este procedimiento videoasistido en el Hospital Infantil de México.

En nuestro país se tiene una serie registrada de 24 pacientes operados por técnica abierta con predominio en sexo femenino todos pacientes pediátricos en un periodo de cuatro años manejados con hepatoeyunoanastomosis en Y de Roux.¹⁹

La literatura mundial describe el manejo del quiste de colédoco por laparoscopia en pediatría desde 1995 por Farello y colaboradores quiste tipo I con una hepatoeyunoanastomosis en Y de Roux.¹

Posteriormente un reporte de un caso en el año 2000 por Donald Liu del tipo II el cual se encontró independiente de la vía biliar e intacto manejado con laparoscopia con resección primaria del quiste, no requiriendo derivación biliodigestiva.¹⁶

Una serie mayor en un periodo de tres años de 2001 a 2003 se trajeron 35 pacientes 27 mujeres y ocho hombres con un promedio de edad de 3.9 años manejados con una hepatoeyunoanastomosis en Y de Roux, la cual se realiza por el puerto umbilical con un éxito de 100 por ciento sin complicaciones.⁵

Material y Métodos

Realizamos un estudio prospectivo incluyendo a todos los pacientes a quienes se diagnosticó quiste de colédoco durante el periodo de Noviembre 2002 a Noviembre 2004 del Ser-



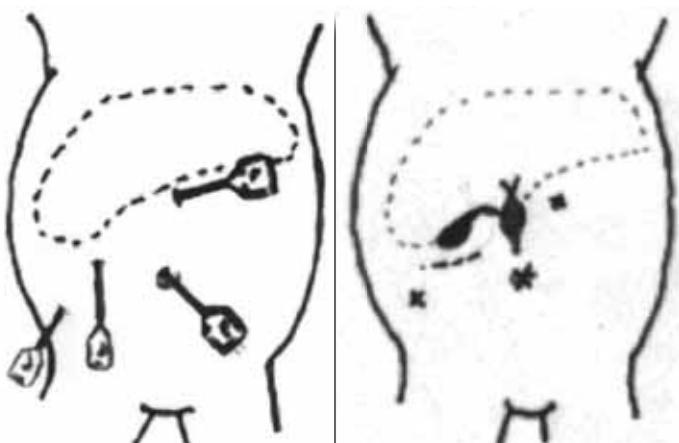


Figura 1



Figura 2

vicio de Cirugía Pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza.

Incluimos todos los pacientes pediátricos de cualquier sexo, excluimos a pacientes con patologías graves, eliminamos a pacientes operados por técnica abierta.

Se registraron resultados de biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, electrolitos séricos, así como ultrasonido de hígado y vías biliares y tomografía computada de abdomen.

Evaluamos el tiempo quirúrgico, evolución posquirúrgica hasta el momento de alta con pruebas de función hepática y gamagrama hepático excretor con seguimiento a un mes asegurando el control en la consulta externa confirmando la cita por teléfono al domicilio de los pacientes.

Técnica Quirúrgica

Paciente en posición supina, se coloca son-



Figura 3

da nasogástrica y foley, colocación de catéter central por punción subclavia.

Colocación de trocar por cicatriz umbilical de 5 mm, neumoperitoneo con bióxido de carbono a presión de 8 a 12 mmHg.

Colocación de trocar de 5mm en línea media arriba del puerto umbilical, dos trocares de 3 mm en hipocondrio derecho a nivel de línea axilar anterior y el otro a nivel de línea axilar media. (Figura 1)

Posteriormente realizamos colecistectomía iniciando en el cuello (Figura 2) y posteriormente disección del colédoco, corte del mismo a nivel del conducto hepático común.

Cierre del colédoco en su llegada a duodeno con engrapadora lineal (Figura 3), todo esto exclusivamente laparoscópico.

A nivel del trocar que se coloco en la línea axilar media derecha ampliamos la incisión quedando subcostal de 2 a 3 cm. (Figura 4)

Realizamos una Y de Roux identificando el ángulo de Treitz midiendo 15 cm. y ascendiendo 40 cm. de yeyuno hacia el hepático común realizando la anastomosis latero terminal en dos planos de sutura el primero continuo Conell Mayo y el segundo Lembert con seda 3 ceros.

Posteriormente en forma transmesocolica se asciende el asa de yeyuno cerrando su defecto terminal en bolsa de tabaco en dos planos con seda 3 ceros y fijación con 5 puntos en forma lateral al hepático común de prolene vascular 5 ceros doble armada en forma manual y directa. (Figura 5)

Colocación de un penrose y termina el procedimiento con el cierre de la pared en las heridas quirúrgicas.





Figura 4

Toma de exámenes de laboratorios de control al siguiente día: electrolitos séricos, biometría hemática y pruebas de función hepática.

Citándose a su egreso a la consulta externa con gamagrama hepático y pruebas sericas de función hepática.

Resultados

Los pacientes incluidos fueron cinco mujeres y un hombre con edades de tres a 10 años, en cinco se confirmo el diagnostico de quiste de colédoco, excluimos un paciente con dilatación ideopática de la vía biliar no obstructiva por co-angiografía transoperatoria.

Los quistes de coléodo fueron todo tipo I.

El diagnostico se realizo con ultrasonido y confirmado por tomografía.

El tamaño promedio de los quistes en nuestros pacientes fue de 3 cm. (Figuras 6 y 7)

El paciente masculino y una niña presentaron ictericia intermitente, dos referían dolor



Figura 5

intermitente y en una paciente dolor crónico y estaba en estudio por vomito.

Todos los pacientes fueron operados con la técnica descrita.

El promedio de duración de la cirugía fue de tres horas 50 minutos con un rango de cuatro horas 45 minutos en la primera a tres horas 30 minutos en la última.

Ninguno presento complicaciones transoperatorias, el sangrado fue mínimo de 15 a 20 ml. A todos se dejo penrose.

En el seguimiento ningún paciente presento fistulas, una paciente que presento ictericia previo a la cirugía tenia bilirrubina directa de 1.17 mg/dl disminuyo a las 24 hr de posquirúrgico a 0.36mg/dl, todos los demás tenían bilirrubinas normales.

El inicio de la vía oral fue en promedio a los 3.5 días, con estancia hospitalaria promedio de seis días, el dolor postoperatorio fue mínimo y tolerado, presentando incluso deambulación a las 12hrs de la operación.

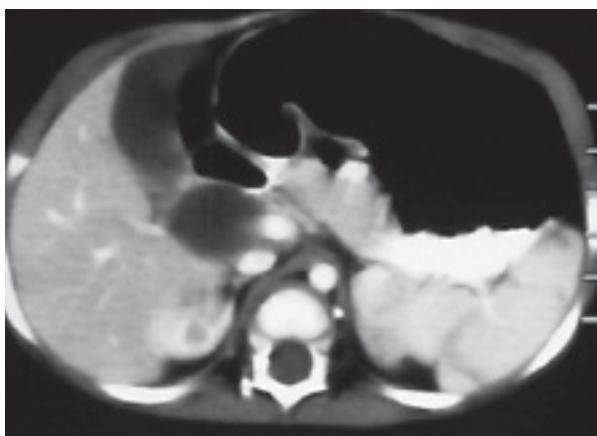


Figura 6

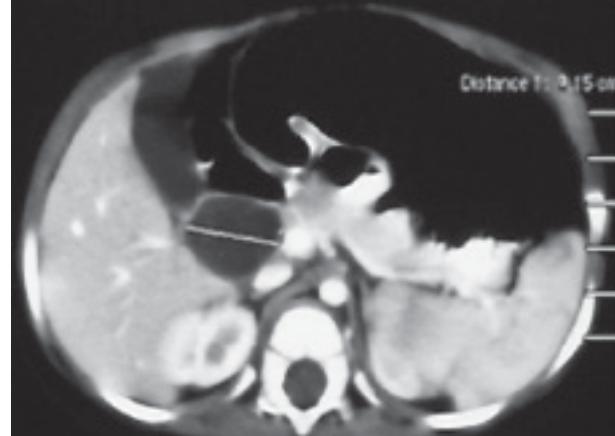


Figura 7



Todos los pacientes fueron citados a un mes de su egreso con gamagrama hepático excretor identificando adecuada permeabilidad de la derivación biliodigestiva en todos los pacientes y adecuada respuesta a la fase postprandial, y con pruebas séricas de función hepática en donde las que evalúan excreción se encontraron en rangos normales.

Discusión

El quiste de coléodo es una malformación congénita rara que se presenta mas frecuentemente en la edad pediátrica, el cuadro clínico es inespecífico manifestado por dolor e ictericia, y en caso de quistes grandes por palpación de tumoración.

El diagnóstico se completa con técnicas de imagen, las más utilizadas en nuestro medio son la ultrasonografía y tomografía.

Está aceptada como tratamiento definitivo la derivación biliodigestiva, siendo la mas utilizada la hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

La cirugía de mínima invasión ha revolucionado la manera de abordar diferentes patologías y dentro de la cirugía de vías biliares existen reportes en la literatura mundial de la resección completa del quiste de coléodo por videoasistencia se reseca el quiste por laparoscopia y la Y de Roux es realizada por el puerto umbilical y colocando el asa a la vía biliar en forma asistida.^{1,5}

Buscando una mejor alternativa combinamos la resección del quiste e identificación del conducto hepático por videoasistencia aunada a la realización de la Y de Roux en forma externa por una incisión subcostal, permite colocar en forma directa el asa a la vía biliar evitando mayores riesgos.

Existe menor dificultad para colocar los puntos y evita mayor tiempo operatorio.

Nuestra combinación ahorra tiempo quirúrgico, ofrece las ventajas de la mínima invasión, permite magnificar el campo operatorio, con menor trauma quirúrgico, menor dolor postoperatorio y garantiza las anastomosis bajo visión directa.

La evolución de los pacientes fue satisfactoria sin complicaciones y con reinicio de las actividades en forma más temprana.

Con una adecuada evolución en el seguimiento actual libre de eventos de colangitis u otras complicaciones asociadas a la intervención.

Referencias

1. Farello GA, Cerofolini A, Rebonato M. Congenital choledochal cyst: Video-guided laparoscopic treatment. *Surg Laparosc Endosc* 1995;5:354-358.
2. Kaneko K, Ando H, Ito T. Protein plugs cause symptoms in patients with choledochal cysts. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1018-1021.
3. Li L, Yamataka A, Wang YX. Ectopic distal location of the papilla of Vater in congenital biliary dilatation: Implications for pathogenesis. *J Pediatr Surg* 2001;36:1617-1622.
4. Liu DC, Rodriguez JA, Meric F. Laparoscopic excision of a rare type II choledochal cyst: Case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2000;35:1117-1119.
5. Long Li, Wang. Laparoscopic-assisted total cyst excision of choledochal cyst and Roux-en-Y hepatoenterostomy, 2004,34(11):7-12.
6. Miyano T, Yamataka A, Li. Congenital biliary dilatation. *Semin Pediatr Surg*, 2000,9:187-195.
7. Miyano T, Yamataka A, Kato Y. Hepaticoenterostomy after excision of choledochal cyst in children: A 30-year experience with 180 cases. *J Pediatr Surg* 1996;31:1417-1421.
8. Miyano T, Yamataka A, Li L. Congenital biliary dilatation. *Semin Pediatr Surg* 2000;9:187-195.
9. Ohi R, Yaoita S, Kamiyama T. Surgical treatment of congenital dilatation of the bile duct with special reference to late complications after total excision operation. *J Pediatr Surg* 1990;25:613-617.
10. Shimura H, Tanaka M, Shimizu S. Laparoscopic treatment of congenital choledochal cyst. *Surg Endosc* 1998;12:1268-1271.
11. Stain SC, Guthrie CR, Yellin AE. Choledochal cyst in the adult. *Ann Surg* 1995;222:128-133.
12. Tanaka M, Shimizu S, Mizumoto K. Laparoscopically assisted resection of choledochal cyst and Roux-en-Y reconstruction. *Surg Endosc* 2001;15:545-551.
13. Todani T, Watanabe Y, Narusue M. congenital bile duct cyst: Its classification, operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1977;134:263-269.
14. Todani T, Narusue M, Tabuchi K. Management of congenital choledochal cyst with intrahepatic involvement. *Ann Surg* 1977;187:272-280.



15. Watanabe Y, Sato M, Tokui K. Laparoscope-assisted minimally invasive treatment for choledochal cyst. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999;9:415-418.
16. Donald C. Liu , Jaime Rodriguez. The case Informs excision of Laparoscopic of a type strange II cyst of the choledochal: the report of the Case and revision of the literature. *J Ped surg.* 2000;35(7)1230127.
17. Oscar Gutierrez, Martin Gomez. Dilataciones quísticas congenitas del coledoco, presenta-
cion de 12 casos y revision de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2000;15:243-246.
18. Ayuso L, Hernandez E. Nuestra experiencia en diagnostico y tratamiento del quiste de coledoco. *Rev Gastrol Espana.* 2002;09:27-36.
19. Barraza L.R, De La Torre. Tratamiento del quiste del coledoco. Realidad de la hepatoeyunoanastomosis. *Acta Pediatr Mex.*1998;19(5):215-219.

