

# QUISTE CONGÉNITO DEL COLÉDOCO: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DE CÚCUTA

## CASO CLÍNICO



Steban Camelo<sup>1</sup>, Luis Fernando Conde<sup>2</sup>, Carlos Gabriel Uribe Gil<sup>2</sup> 

1. Estudiante de medicina. Universidad de Pamplona

2. Médico Cirujano. Hospital Erasmo Meoz. Grupo de Investigación en Salud Pública.

## Resumen

Se revisa el tema de los quistes de la vía biliar, a propósito de un caso clínico en adulto de 20 años, que consultó a la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta. Los quistes del colédoco son patologías de rara presentación que tienden a aparecer antes de los 16 años y es poco frecuente hacer este diagnóstico en adultos; en los primeros años se presentan con triada clásica de dolor, masa palpable en hipocondrio derecho e ictericia; en el adulto los síntomas son intermitentes, con episodios de ictericia y dolor abdominal; pueden debutar como un cuadro de colangitis o pancreatitis aguda y hasta en un 15%, con diagnóstico tardío y resultar en cirrosis e hipertensión portal; es anecdótica la presentación con perforación y peritonitis secundaria; la complicación más grave es la degeneración maligna; se atribuye su etiología a la presencia de una anomalía de la unión del conducto biliar con el conducto pancreático que favorece el reflujo de jugo pancreático en el interior del árbol biliar; existen múltiples abordajes diagnósticos: Ecografía, tomografía axial computadorizada (TAC), colangiografía magnética, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), y ultrasonografía endoscópica. El tratamiento de elección es la resección completa del quiste con posterior hepato-yeyunostomía en Y de Roux, técnica que ha demostrado excelentes resultados.

Palabras claves: Quistes del conducto biliar, patologías de conducto biliar común, quistes del colédoco.

## Abstract

We review the issue of the bile duct cysts, apropos of a case in an adult of 20 years, who consulted the ESE Erasmus Meoz University Hospital of Cucuta. Choledochal cysts are rare pathologies presentation that tend to appear before 16 years old and is rare make this diagnosis in adults; in the early years are presented with classic triad of pain, a palpable mass in the right hypochondrium and jaundice, in adult symptoms are intermittent episodes of jaundice and abdominal pain may present as a picture of cholangitis or acute pancreatitis and up to 15%, with late diagnosis and result in cirrhosis and portal hypertension, is anecdotal presentation with perforation and peritonitis secondary, the most serious complication is malignant degeneration, the etiology is attributed to the presence of an abnormality of the bile duct junction with the pancreatic duct which promotes reflux of pancreatic juice into the biliary tree, there are multiple diagnostic approaches: ultrasound, computed tomography (CT), magnetic colangiografía, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and endoscopic ultrasonography. The treatment of choice is complete resection of the cyst with subsequent hepato-jejuno-stomy Roux-Y technique that has shown excellent results.

Key words: bile duct cysts, common bile duct diseases, Choledochal Cyst

## INTRODUCCIÓN

Los quistes del colédoco son afecciones poco frecuentes en adultos. Se presentan con una incidencia de 1 en 1000 a 1750 nacimientos en países orientales como Japón; son unas 100 veces más frecuentes en los países occidentales; son más frecuentes en mujeres que en hombres con una relación 4:1; la mayoría se diagnostican antes de los 10 años de edad (1).

Generalmente, se asocian a defectos congénitos de la unión biliopancreática la cual normalmente mide entre 0,2-1 cm de longitud (4), lo que provoca reflujo de jugo pancreático dentro del colédoco en el cual posteriormente las enzimas pancreáticas se activan por un mecanismo actualmente desconocido y degeneran la pared, adicionalmente la sobrecarga de volumen produce la dilatación característica; aunque se han propuesto otros orígenes (2); esta condición predispone a la aparición de carcinomas (3).

De acuerdo con Todany et al se clasifican en 5 tipos; el tipo I corresponde a una dilatación completa de la vía biliar extra hepática (Ia) o parcial (Ib); el tipo II corresponde a una dilatación pediculada; el tipo III consiste en una dilatación de la ampolla de Váter; en el tipo IV se presentan dilataciones simultáneas en la vía biliar intrahepática y extra hepática, y por último en el tipo V hay dilataciones de la vía biliar intrahepática y corresponden a la enfermedad de Caroli. El tipo I junto con el IV componen el 80% de los casos (3), Ver figura 1.

Muchos pacientes pueden permanecer asintomáticos la mayor parte del tiempo, inclusive hasta llegar a la edad adulta; en estos la enfermedad se manifiesta principalmente por dolor abdominal y aproximadamente la mitad presentan fiebre e ictericia, si se agrega una masa palpable en hipocondrio derecho, se completa la triada típica frecuente en neonatos y niños, esta triada solo es posible evidenciarla en aproximadamente el 15% de los casos en adultos (3).

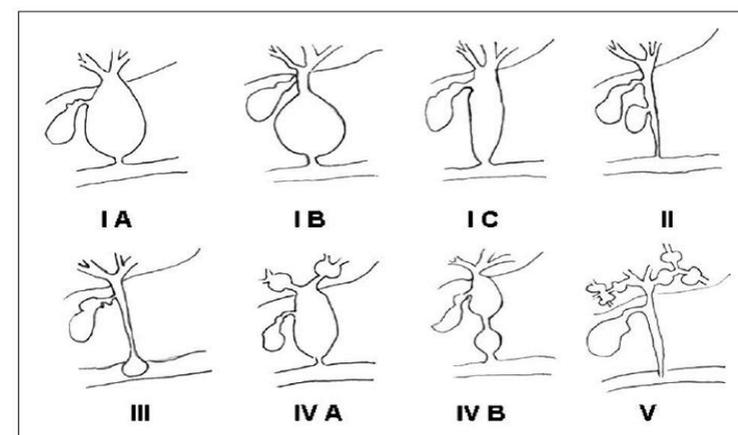


Figura 1. Clasificación de Todany obtenida de Hae Kyung Lee (5).

Tradicionalmente se ha considerado la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) como el estándar de oro (4) para el diagnóstico de los quistes del colédoco y sus anomalías asociadas, sin embargo dada la morbilidad que este método presenta, actualmente se han preferido métodos no invasivos como la colangioresonancia que ofrece adicionalmente la visualización del conducto pancreático y porciones del colédoco y la vía biliar distales al quiste (1).

La tomografía computarizada con multidetector permite ver detalles de la unión biliopancreática, sin embargo al igual que la colangioresonancia no detecta lesiones de la pared muy pequeñas, para las cuales el método de elección es la ultrasonografía endoscópica combinada con CPRE (esta sigla no ha sido previamente citada, hay que poner el nombre completo junto a ella).(5).

El tratamiento de elección en los quistes del colédoco es la extracción completa del quiste y la posterior unión bilioenterica (5, 6,7, 8, 9, 10, 11, 12 - 13); las complicaciones se presentan en aproximadamente un 80% de los casos, las cuales se dividen en 3 grandes grupos (1): Mecánicas (litiasis, pancreatitis aguda, ruptura del quiste, cirrosis biliar), infecciosas y degeneración maligna (1). El riesgo de desarrollar cáncer de la vía biliar es 20 veces mayor en presencia de un quiste de colédoco con respecto a la población general y el porcentaje de pacientes que lo desarrollan es directamente proporcional con respecto a la edad en la que se diagnostica (1, 5 -7).

Entre las técnicas quirúrgicas descritas en la literatura mundial están la hepático-yeyunostomía en Y de Roux, la hepático-duodenostomía y la hepático-duodenostomía con interposición yeyunal (5). Recientemente, se han reportado casos de extracción de quistes y uniones bilioentéricas por vía laparoscópica y asistidas por robot (7).

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 20 años de edad quien consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución, consistente en dolor abdominal en hipocondrio derecho, acompañado de epigastralgia, fiebre, astenia y adinamia. Antecedente de síntomas como distensión y emesis ocasionales, que cedían espontáneamente. En el examen físico se encuentran signos vitales FC 106x', FR 18x', TA 110/80 mmHg y T° 38,6°C y dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho; en la tabla 1 se informa el perfil hepático al ingreso.

**Tabla 1. Perfil hepático**

Prueba	Valor del paciente	Valor de referencia
GOT	36 UI/L	0-40 UI/L
GPT	67 UI/L	0-40 UI/L
<b>Bilirrubina Total</b>	1,01 mg/dl	0,3-1mg/dl
<b>Bilirrubina directa</b>	0,14 mg/dl	0-0,3mg/dl
<b>Fosfatasa alcalina</b>	520 U/l	44-147UI/L

Ecografía hepatobiliar (Figura 2): tres dilataciones quísticas del colédoco, la mayor de 34x17mm en el tercio distal, no hay cálculos ni masas.



**Figura 2.** Ecografía hepatobiliar – Dilataciones quísticas del colédoco

Con estos hallazgos se decide realizar CPRE en la cual se observa una papila mayor en medio de divertículo yuxtapapilar duodenal; se canula fácilmente y luego de la inyección del medio de contraste se evidencia dilatación del colédoco en la porción distal de aspecto sacular que mide 5x10cm (Figura 3) y genera compresión extrínseca de la segunda porción del duodeno, adicionalmente el resto del colédoco se halla dilatado con un diámetro de 2,5 cm incluyendo el conducto hepático derecho y el izquierdo, este último está un poco menos dilatado.



**Figura 3.** CPRE. Dilatación sacular de la porción distal del colédoco, y dilatación uniforme de la vía biliar.

En junta de decisiones de cirugía se decide programar al paciente para intervención quirúrgica, con un diagnóstico de quiste del colédoco correspondiente a un tipo I, aparentemente IB en la clasificación de Todany (5). Intraoperatoriamente se evidencia un quiste en la porción distal del colédoco de aproximadamente 10x5cm y dilatación del hepatocolédoco (Figura 5).



**Figura 4.** Dilatación distal de aspecto sacular del colédoco; nótase la vesícula de aspecto normal.

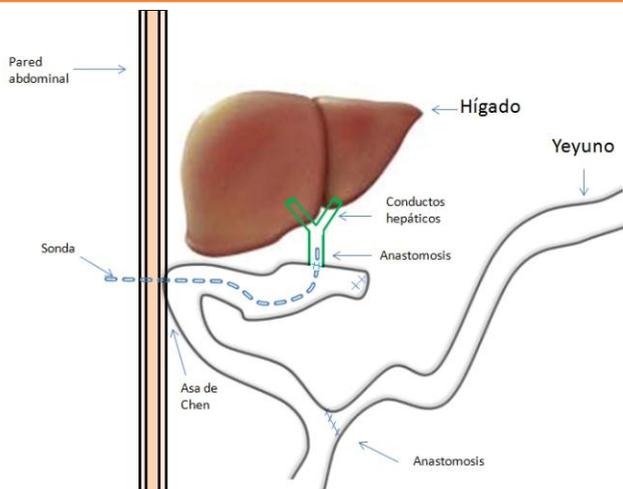
Se realiza excisión completa de la vía biliar dilatada hasta nivel proximal (bifurcación) y del quiste hasta nivel distal sano (intrapaneocrático proximal) (Figura 5).



**Figura 5.** Ligadura distal del colédoco con resección del quiste del colédoco.

En la reconstrucción se practicó una hepático-yeyunostomía en Y de Roux, fijando el esa eferente a la pared abdominal e introduciendo sonda de yeyunostomía con la técnica de Witzel (14) desde el conducto hepático común (Figura 6), para soporte de la anastomosis, monitorización postoperatoria y eventual manipulación futura de la vía biliar.

La evolución en el postoperatorio fue satisfactoria, sin complicaciones, con estancia de 5 días. El informe de anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de quiste del colédoco.



**Figura 6** hepatoyeyunostomía en Y de Roux, colocación de sonda con técnica de Witzel y fijación de asa.

## DISCUSIÓN

Los quistes del colédoco son patologías de rara presentación, cuya edad de manifestación de los síntomas es variable, correspondiendo el 60% a menores de 10 años, pero se han reportado casos de diagnóstico a los 80 años (8).

Existen varias clasificaciones; la más aceptada es la propuesta por Todany y cols (4) que clasifican los quistes en 5 tipos (Figura 1).

Los métodos diagnósticos incluyen ultrasonografía, CPRE, TAC, colangiografía y ultrasonografía endoscópica, en proporciones de uso variables según las series revisadas; probablemente en relación con las posibilidades diagnósticas de cada institución. (3, 4, 5, 8, 9 - 12). En nuestra institución, después de solicitar al laboratorio el perfil hepático, realizamos ecografía y luego CPRE, pues tenemos una unidad de endoscopia digestiva a cargo del servicio de cirugía general, y no disponemos fácil y rápidamente de colangiografía, que nos parece debe ser el examen de elección cuando se dispone de él y se tiene por clínica, laboratorio y ecografía esa presunción diagnóstica.

Recomendamos no dar de alta al paciente una vez hecho el diagnóstico, iniciar antibióticos y resolver quirúrgicamente en la misma hospitalización, por el alto riesgo de colangitis, el cual está presente en la CPRE normalmente y más cuando no se asocia un procedimiento de drenaje endoscópico (papilotomía) e incrementándose el riesgo en estos casos.

El tratamiento incluye la excisión completa del quiste y la vía biliar dilatada que sugiera alteración quística (3), se recomienda la reconstrucción, en la mayoría de casos, con una hepático-yeyunostomía en Y de Roux; algunos cirujanos prefieren la hepaticoduodenostomía ó la hepaticoduodenostomía con interposición yeyunal, técnicas que obedecen a criterios y preferencias o basadas en la experiencia. (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - 13).

En nuestro caso realizamos exéresis completa de la vía biliar (quiste y la vía biliar dilatada sugestiva de alteración quística); en la reconstrucción se practicó una hepático-yeyunostomía en Y de Roux, fijando el asa eferente a la pared abdominal, se dejó sonda de yeyunostomía con la técnica de Witzel, por el calibre delgado de la vía biliar proximal y el riesgo de estrechez, para soporte de la anastomosis, monitorización postoperatoria y eventual manipulación futura de la vía biliar. (Figura 6).

## CONCLUSIONES

Lo más importante es la necesidad de un diagnóstico oportuno, para el cual existen múltiples métodos diagnósticos disponibles; sin embargo, en todos los pacientes se recomiendan como mínimo la ultrasonografía y la CPRE (2-3-4-5-8-9), y si existe el recurso de la colangiografía, debe preferirse como vía de abordaje diagnóstico en lugar de la CPRE.

El tratamiento de elección sigue siendo la extracción completa del quiste y posterior anastomosis bilio-entérica (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 - 13).

En el presente caso proponemos la utilización de una sonda de yeyunostomía con técnica de Witzel, posterior a la hepato-yeyunostomía en Y de Roux para soporte de la anastomosis, monitorización postoperatoria y eventual manipulación futura de la vía biliar que a nuestro criterio es una buena opción.

## REFERENCIAS

1. Demian R, Hans L, Ramírez N, Briceño Y. Quistes del Colédoco en Adultos: Estudio de dos casos y revisión de la literatura. Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. (2) N° 1 – 2. Mérida, Venezuela 3-9.
2. Rodríguez S, García R, Prieto R. Quistes del colédoco. Experiencia institucional, Clínica del Niño. Rev Colomb Cir 1999; Vol 14 No. 2: 104 - 108.
3. Domínguez E, Congenital dilations of the biliary tract, CIR ESP 2010;88(5):285–291
4. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures and review of 35 cases including cancer arising from choledochal cyst. Am J Surg 1977;134:263-9.
5. Hae KL, Seong JP. Imaging Features of Adult

Choledochal Cysts: a Pictorial Review. *Korean J Radiol* 2009; Vol (10):71-80.

<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2005/junio/QUISTE%20COLEDOCO.pdf> ; consultado el 2/2/2012

6. Biswanath M, et al. Choledochal Cyst: a review of 79 cases and the role of hepaticoduodenostomy. *JIAPS Apr-Jun 2011; Vol (16) Issue 2* 54-57.
7. Thawatchai A, Robot-assisted complete excision of choledochal cyst type I, hepaticojejunostomy and extracorporeal Roux-en-y anastomosis: a case report and review literature. *World Journal of Surgical Oncology* 2010; Vol (8) 8-87
8. Michaelides M and Cols. A new variant of Todani type I choledochal cyst. Imaging evaluation. *HIPPOKRATIA* 2011; Vol (15), 2: 174-177.
9. Martínez JL, Niño J. *Quistes de colédoco en adultos*. *Cir Ciruj* 2010; Vol (78):61-66.
10. Alexei R, Romero H. Quistes del colédoco. Hospital Universitario San José (Popayán). Experiencia institucional, 10 años. 2005 disponible en <http://www.sacd.org.ar/dcuarentaytres.pdf> consultado el 13/01/13
11. PARIDE S. Roux-en-Y Hepaticojejunostomy: A Reappraisal of its Indications and Results. *Ann. Surg* February 1975; Vol 181 No 2. 213-219
12. Rodríguez S, Ponce A, Marulanda S. “Dilatación quística de la vía biliar en adultos” Experiencia del hospital de la Samaritana 1985 – 2000. *Rev Colomb Cir* 2003; Vol 18 No. 1: 22 -27
13. Lenriot J: Bile duct cyst in adults. A Multi – institucional retrospective study. *Ann Surg* 1998; Vol 228: 159 – 167.
14. Fernández A, et al: YEYUNOSTOMÍAS. 2003 Disponible en <http://www.sacd.org.ar/dcuarentaytres.pdf> consultado el 13/01/13