

Caso Radiológico

Quiste Gigante de Colédoco y Embarazo

ARCE-SÁNCHEZ H¹, GALLARDO-ÁNGULO E², LIZÁRRAGA-LÓPEZ JA²,
TAMAYO-DE LA CUESTA JL^{2,3}, INZUNZA- GONZÁLEZ A², SAINZ-CALDERÓN H⁴

RESUMEN CLÍNICO

Se trata de femenino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, la cual ingresa al hospital General de Culiacán (SSA) referida del Hospital Materno-Infantil por dolor abdominal y 31 semanas de gestación de un producto con sospecha de trisomía 21.

Su cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia, fiebre cuantificada hasta 39° de 48 horas de evolución. Los paraclínicos mostraron leuco-

citosis:10.72 Hb:12.9 Plt:285 BT:2.85 BD:2.26 BI:0.59 FA:932 AST:174 ALT:148. El ultrasonido abdominal reportó la presencia de una gran imagen quística, extrahepática, que condiciona compresión a la vía biliar, así como dilatación severa de vía biliar intrahepática, y por su gran tamaño, se decidió realizar resonancia magnética, igualmente se observó, útero gravídico, con producto único vivo y reactivo, con datos de polihidramnios, así como presencia de pies en sandalia como marcadores cromosómicos sugestivos de trisomía 21.

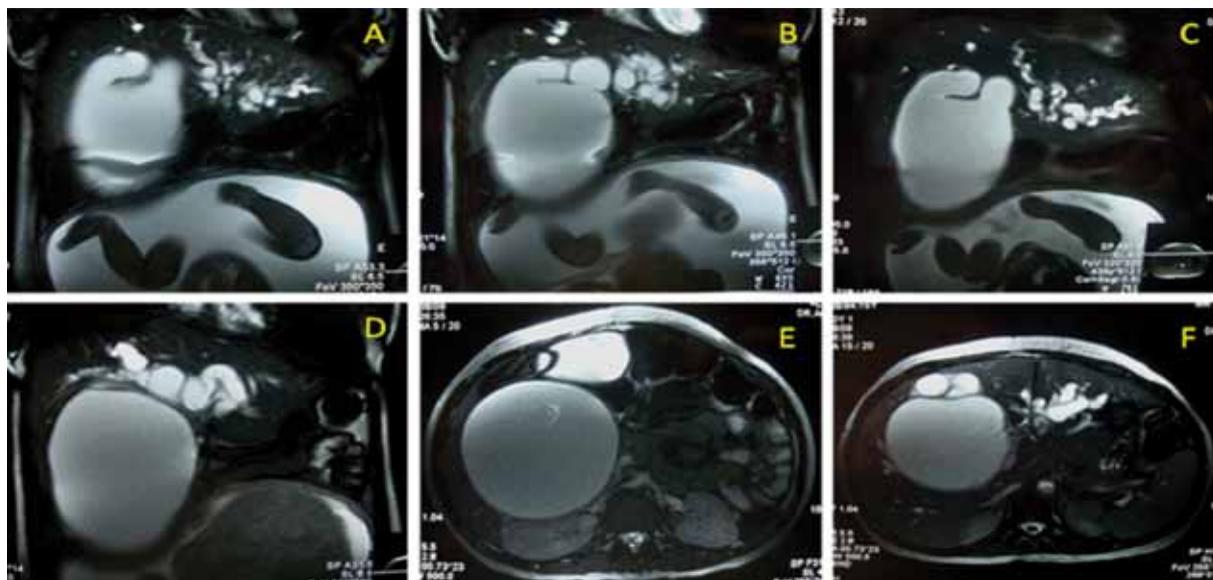


Figura 1. Resonancia Magnética Abdominal: A, B y C: quiste de colédoco gigante, se observa compresión del quiste por el útero grávido, D, E y F: gran dilatación de la vía biliar intrahepática.

¹ Médico Radiólogo Jefe del Servicio de Radiología, ² Médico Gastroenterólogo, ³ Jefe del Servicio de Gastroenterología, ³ Médico Anestesiólogo adscritos al Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum" de la Secretaría de Salud.

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Jesús A. Lizárraga López Hospital General de Culiacán en Aldama y Nayarit s/n col. Rosales, Culiacán, sinaloa México. Correo electrónico: j.lizarraga.gastro@gmail.com.

Artículo recibido el día 14 de agosto del 2009.

Artículo aceptado para publicación el día 24 de agosto del 2009.

Este artículo puede ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y en www.hgculiacán.com.

Se inició manejo a base de cefalosporinas de tercera generación y analgésicos, sin embargo persistía con dolor abdominal intenso y se realizó una resonancia magnética de abdomen. (Figura 1)

Se decidió realizar colangiografía endoscópica observando compresión extrínseca sobre las paredes de la primera y segunda porción duodenal. Se canuló mediante guía hidrofílica, se realizó esfinterotomía y colocación de próte-

sis plástica tipo Tannenbaum de 10 Fr obteniendo descompresión de la vía biliar, posteriormente se manejó en forma conservadora hasta el parto. (Figura 2)

DISCUSIÓN

Los quistes de colédoco son alteraciones de la morfología del árbol biliar que pueden afectar los segmentos intrahepáticos, extrahepáticos o ambos.

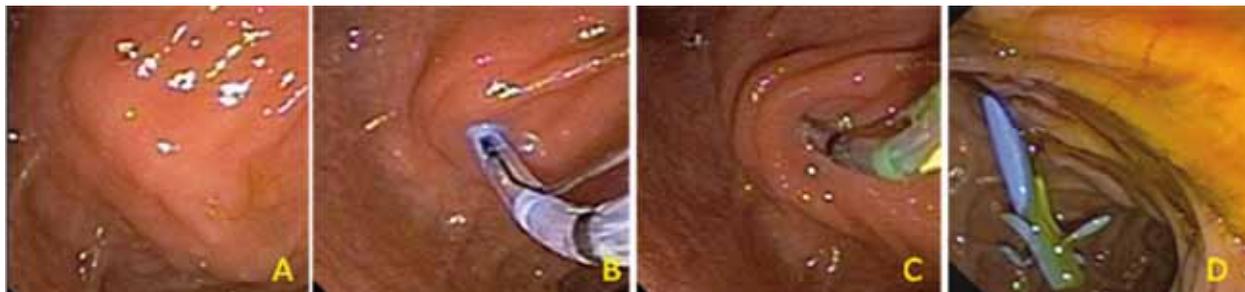


Figura 2. Colangiografía Endoscópica: A: papila mayor de aspecto normal, pared duodenal con compresión extrínseca, B: canulación de la papila mayor mediante esfinterotomía, C: colocación de guía hidrofílica 0.035 mm, D: prótesis plástica Tannenbaum 10 cm x 10 Fr.

Fueron inicialmente clasificados por Alejo-lej et al y posteriormente modificados por Toddani dependiendo del sitio de la dilatación. (Figura 3) ¹

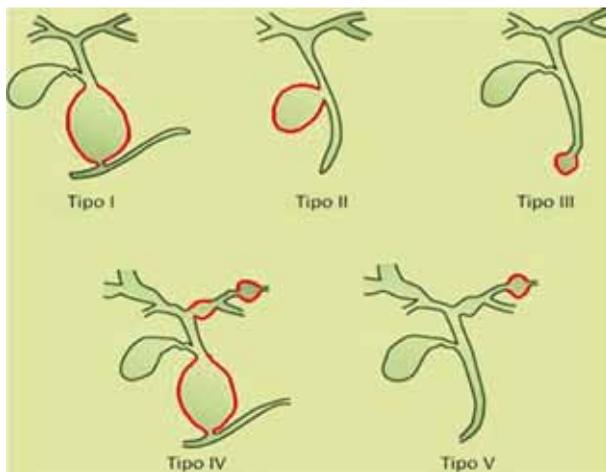


Figura 3. Clasificación de Toddani de los quistes de colédoco: tipo I: dilatación fusiforme de la vía biliar extrahepática, tipo II: divertículo de la vía biliar extrahepática, tipo III: coledococelo, el tipo IV se dividió posteriormente en tipo IVa: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, y IVb: múltiples dilataciones de la vía biliar extrahepática y tipo V dilataciones quísticas intrahepáticas o también denominada enfermedad de Caroli. ¹

Se ha señalado predilección por la raza asiática y el sexo femenino.² La mayoría de los pacientes en quienes se diagnostica un quiste de colédoco en cualquiera de sus tipos suelen estar en edades pediátricas, durante la primer década de la vida;³ sin embargo en algunas ocasiones estos trastornos pueden presentarse en la edad adulta y más raramente pueden causar síntomas durante el embarazo. Esta condición puede precipitar complicaciones secundarias al quiste, especialmente la ruptura. ⁴

La presentación clínica clásica consiste en una triada compuesta por ictericia, fiebre y masa palpable en infantes.⁵ En los adultos puede variar observándose un cuadro compatible con absceso hepático, cirrosis, coledocolitiasis, pancreatitis y/o hipertensión portal.

La complicación más temida del quiste de colédoco en el adulto es el desarrollo de colangiocarcinoma en un 14 a 18 % de los casos. ⁶

El manejo actualmente incluye diferentes técnicas dependiendo del tipo y segmentos afectados, entre las alternativas se encuentra el manejo endoscópico (coledococel tipo III) resección segmentaria o transplante hepático cuando afecta ramas intrahepáticas (tipo IV o V) o resección del quiste (tipos I y II). En el caso de esta paciente la hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux con resección completa del quiste es la opción a considerar.^{7,8,9}

Referencias

1. Todani T, Watanabe Y, Naruse MK, Okajima K. Congenital bile ducts: classification, operative procedure and review of thirty seven cases including cancer arising in choledochal cyst. *Am J Surg* 1977; 134: 263-269.
2. Wiseman K, Buczkowski AK, Chung SW, Francoeur J, Schaeffer D, Scudamore CH. Epidemiology, presentation, diagnosis, and outcomes of choledochal cysts in adults in an urban environment. *Am J Surg*. 2005 ;189(5):527-31
3. Stain SC, Guthrie CR, Yellin AE, Donovan AJ. Choledochal Cyst in the Adult. *Ann Surg* 1995; 222(2):128-133.
4. Ibrahim NM, Nader S D. Endoscopic management of choledochal cyst. *Gastrointest Endosc* 2004;59(3): 427-32.
5. Komi N, Tamura T, Miyoshi Y, et al. Nationwide survey of cases of choledochal cyst. Analysis of coexistent anomalies, complications and surgical treatment in 645 cases. *Surg Gastroenterol* 1984;3:69-73
6. Watanabe Y, Toki A, Todani T. Bile duct cancer developed after cyst excision for choledochal cyst. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 1999; 63:207-212.
7. Rush E, Podesta L, Norris M, et al. Late surgical complications of choledochal cystoenterostomy. *Am Surg* 1994; 60:620-4.
8. Powell CS, Sawyers JL, Reynolds VH. Management of adult choledochal cysts. *Ann Surg* 1981; 193 (5): 666-676.
9. Edil BH, Cameron JL, Reddy S, Lum Y, Lipsett PA, Nathan H, et al. Choledochal cyst disease in children and adults: a 30-year single-institution experience. *J Am Coll Surg* 2008; 206:1000-5.