

Reporte de un Caso Clínico

Quiste de Colédoco

IBARRA-JIMÉNEZ LE¹, IBARRA-CAPACETA L², AGUILAR-RENDÓN TY², FLETES-KELLY A¹, FLORES-ARELLANO G¹.

RESUMEN

Se reporta el caso de paciente femenino de 32 años de edad con dolor abdominal de 27 años de evolución, con diagnóstico de quiste de colédoco tipo I, hecho en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona N° 3 de IMSS, en Mazatlán, Sinaloa. Son presentados los datos clínicos, estudios diagnósticos, tratamiento y evolución del mismo.

La revisión de la literatura se enfocó principalmente a los nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

Palabras Clave: Quiste de colédoco.

ABSTRACT

A 32 years old female patient with a history of 27 years with intermittent abdominal pain, who was diagnosed type I choledocal cyst at de Division of General Surgery at the Hospital General of Zone N° 3 of Mazatlán, Sinaloa México is presented.

The clinical studies, treatment and evaluation of this case are discussed and a literature review is presented with special attention to the new diagnostic and therapeutical approaches.

Keywords: Choledocal cyst.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que los quistes de colédoco son relativamente raros, hoy en día se han diagnosticado frecuentemente a nivel mundial especialmente en Japón, se reportan casos desde neonatos hasta los 80 años, 60% antes de los 10 años y 75% ocurre en pacientes del sexo femenino.

Hasta la fecha se tienen reportados en la literatura mundial alrededor de más de 1600 casos, el resultado histopatológico fue igual al descrito en la literatura mundial.^{1,2}

El quiste de colédoco es una causa poco común de la ictericia obstructiva, a pesar que presenta una etiología desconocida se considera generalmente congénito, ya que se ha encontrado en fetos neonatos, de los cuales 2/3 partes proceden de Japón y solo algunos reportados en literatura latina

y anglosajona.^{3,4,5}

Los métodos diagnósticos y terapéuticos han variado, por lo que en el presente artículo se hace revisión de los mismos además del reporte de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 32 años de edad quien ingresó a urgencias del Hospital General de Zona No.3 del IMSS Mazatlán, Sinaloa, con cuadros de dolor abdominal punzante en epigastrio y por debajo del reborde costal derecho, repetitivos, que iniciaron a los 5 años de edad, con irradiación a región infraescapular derecha y desencadenado por colecistoquinéticos acompañándose de dolor, náuseas y vómitos gastrobilíares de 5 días de evolución, cediendo el cuadro con analgésicos y posterior al vómito.

No existían antecedentes de ictericia.

A la exploración física solo se encontró Murphy (+) con aumento en la resistencia muscular.

El diagnóstico clínico en base a estos datos fue colecistitis crónica litiasica agudizada.

Los estudios de laboratorio (BHC, QS, amilasa, PFH) fueron normales, el ultrasonido mostró dilatación de las vías biliares intrahepática y extrahepática, con edema parietal vesicular y calculo en el interior del quiste.

Posteriormente se llevó a cabo estudio de colangiografía percutánea bajo visión fluoroscópica, en donde el colédoco tiene morfología de pera con su borde más grueso caudal y mostrando la vesícula en su porción lateral derecha con parte de duodeno permeable; (**Figura 1**) tomándose una segunda, pero desde otro ángulo para documentar alteraciones a nivel de la bifurcación de la carina con la desembocadura de ambos hepáticos. (**Figura 2**)

Se proyecta cirugía el día 18 de octubre de 1992, de escisión de quiste y derivación biliodigestiva con técnica de Okada modificada en donde la anastomosis hepático yeyunal es término terminal (**Figura 3 y 4**) (**Dibujo 1**). En contraste de la original de Okada que es hepático yeyunal o sea término lateral

¹Cirujano General adscrito al departamento de Cirugía General, Hospital General de Zona N° 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social (HGZ N° 3 IMSS). ²Medico General Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Medico interno de pregrado HGZ N° 3 IMSS.

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Luis Eulalio Ibarra Jiménez, Calle Nogal # 213, Fraccionamiento Alameda Mazatlán, Sinaloa C.P. 82130, Teléfono: (669) 9-83-15-41 y (669) 9-83-26-52; correo electrónico: dr_ibarramx@yahoo.com.mx.

Artículo recibido el 10 de noviembre del 2010

Artículo aceptado para publicación el 16 de mayo de 2011

Este artículo podrá ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y en www.hgculiacan.com

Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"
Arch Salud Sin Vol.5 No.2 p.51-54, 2011

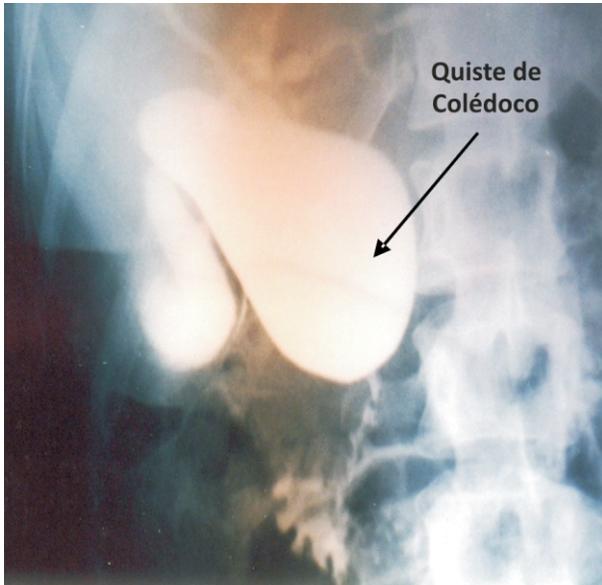


Figura 1. Estudio bajo visión fluoroscópica por colangiografía percutánea, en donde el colédoco tiene morfología de pera con su borde caudal más grueso y muestra la vesícula en la porción lateral derecha y con parte de duodeno permeable.

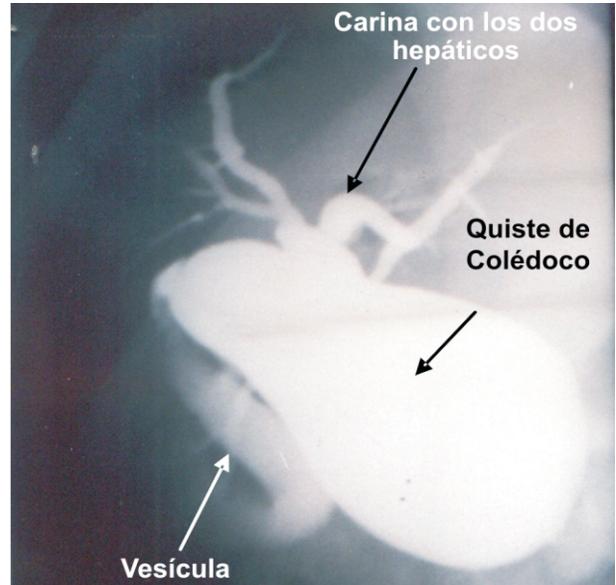


Figura 2. Colangiografía percutánea mostrando de manera lateral la vesícula y el quiste de colédoco y la carina con los dos hepáticos.

el diagnóstico pre y postoperatorio fue de quiste de colédoco tipo I.

La cirugía realizada fue colecistectomía, escisión del quiste y hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, ferulizada con sonda T y yeyunostomía para alimentación enteral.

Al quinto día por colangiografía transonda en "T" se verificó la permeabilidad de la hepatoyeyunoanastomosis.

Presentó intolerancia a la dieta química elemental a los 10 días de postoperada acompañándose de dolor, distensión abdominal, estado nauseoso, que cedió a la colocación de sonda

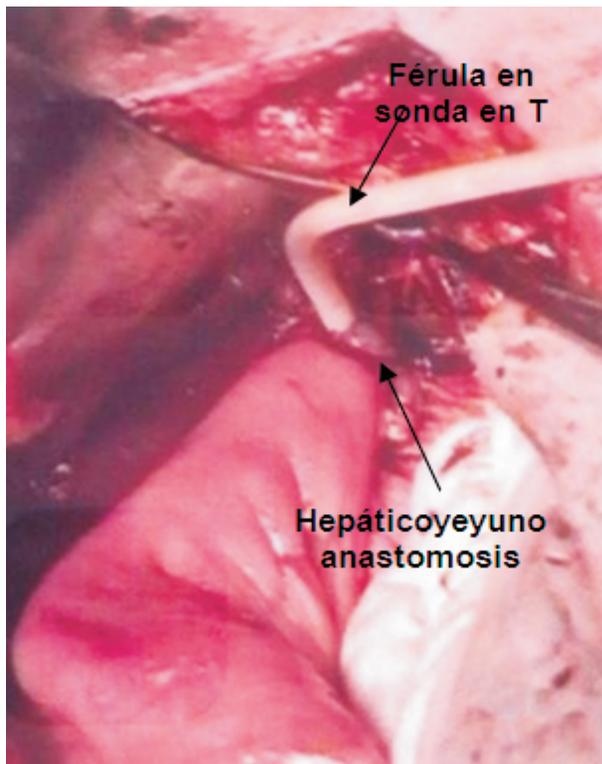


Figura 3. Hepaticoyeyuno anastomosis término terminal ferulizada con sonda en "T" "Técnica de Okada Modificada".

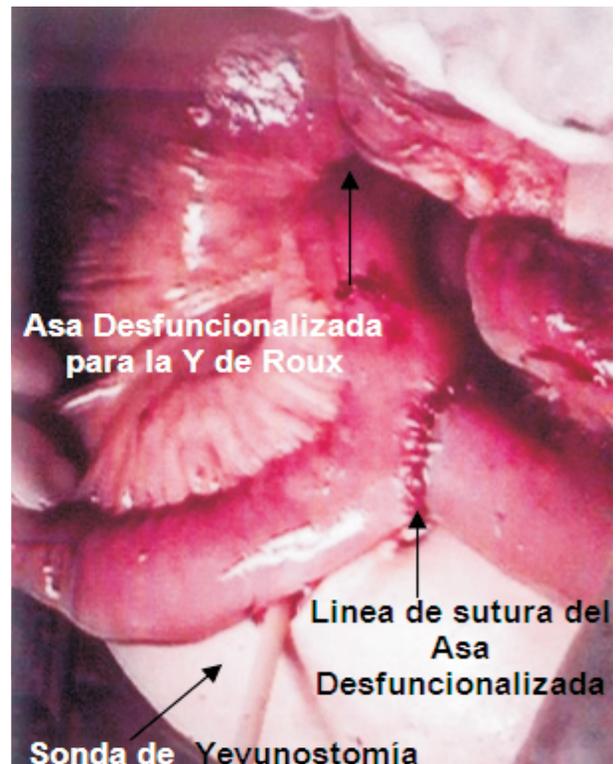
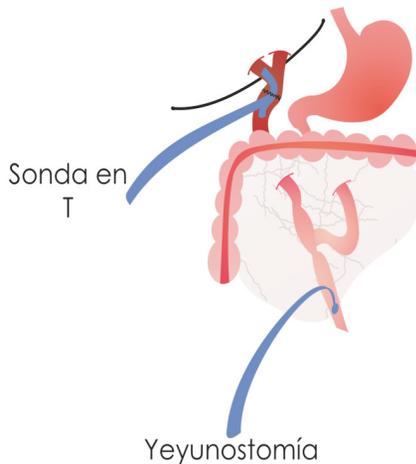


Figura 4. Asa desfuncionalizada para la Y de Roux, 2.- Linea de sutura de Asa desfuncionalizada, 3.- Sonda de Yeyunostomía.

Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux



Dibujo 1. Técnica Okada Modificada

gastroduodenal por 72 horas reiniciando nuevamente dieta química elemental con reinstalación adecuada de la perístasis, indicando dieta blanda a tolerancia.

Adicionalmente la paciente presentó atelectasia basal bilateral de un 10 a un 15% que cedió a tratamiento médico.

Se toma nueva colangiografía a través de la sonda a los 14 días sobre el asa desfuncionalizada corroborando permeabilidad de la misma. Fue dada de alta a los 16 días de su intervención quirúrgica. Se retira la férula del hepático y yeyuno a los 60 días previa colangiografía transonda de aspecto normal. (**Figura 5**)



Figura 5. Colangiografía transonda tomada a los 60 días de posoperada, que muestra la permeabilidad del medio de contraste de

A los 11 años de operada la paciente se encuentra asintomática.

En el estudio histopatológico, se diagnosticó colecistitis crónica y fibrosis e hipertrofia muscular de la pared del quiste.

DISCUSIÓN

En 1723, Vatero realizó las primeras descripciones patológicas y el quiste de colédoco congénito fue descrito por primera vez por Douglas en 1852,^{5,6} sin embargo, fue hasta 1959 cuando Alonso Lej, realizó la clasificación de los quistes de colédoco, misma que fue modificada por Todani en 1978, que es empleada actualmente.

Nuestro caso es de tipo 1 en la clasificación de Todani, el cual es el más frecuente por sus características, su incidencia varía de 1:13 000 hasta 1:2 000 000.⁷

Existen dos teorías para explicar su etiología y las más preconizada es la de una estrechez en la parte distal del conducto colédoco lo que produce o causa lesión y debilitamiento de la pared en la etapa embrionaria, produciendo como consecuencia proliferación celular del conducto con falla en la recanalización posterior, lo que daría origen al quiste.

En las series reportadas por Todani y Okada^{8,9} revelaron la existencia de un ducto común con la comunicación anormal entre el conducto biliar y el conducto pancreático, detectado entre el 10 y el 58% de los casos, es lo que da fuerza a la otra teoría de formación de quistes.

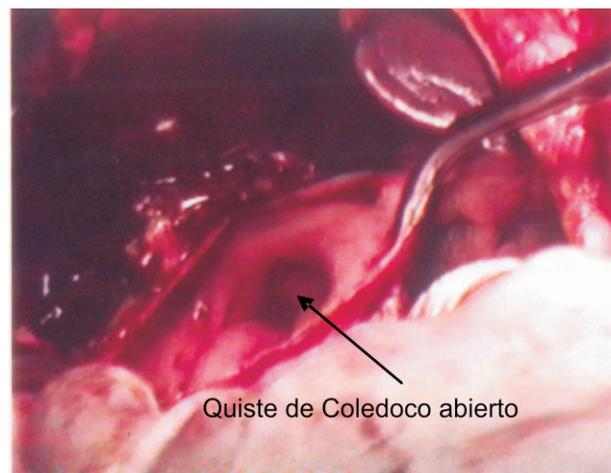


Figura 6. Quiste de Colédoco abierto y disecado del hilio vascular donde se nota el gran tamaño de este.

La sintomatología es intermitente y puede iniciarse desde las primeras semanas de vida extrauterina hasta los 40 años de edad, el diagnóstico se logra en la infancia en un 70% y solo un 30% en la edad adulta, el cuadro clínico puede presentar: dolor abdominal, ictericia y una masa abdominal que sería la clásica triada, pero solo se presenta en el 13 y el 68% de los pacientes.^{9,10}

Se pueden presentar síntomas aislados como ictericia del 45 al 65%, tumor abdominal del 36 al 58%, dolor abdominal del 50 al 55% y cuadros de fiebre desde la infancia.¹¹

Nuestra paciente presentó dolores intermitentes desde los 5 hasta los 32 años de edad, sin la triada clásica solamente dolor abdominal.

Las complicaciones más frecuentes son: desarrollo de lítos primarios como en nuestra paciente (8%), en raras ocasiones se diagnóstica durante el embarazo, pero hay reportes publicados

de quiste de colédoco durante el mismo.¹² De primordial importancia es señalar que el quiste es factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma del quiste del 17.5 al 28%.¹³

El diagnóstico se hace preoperatorio del 27 al 80% de los casos.^{14,15} Los estudios por imagen son los de mayor utilidad, en nuestro caso el ultrasonido identificó dilatación en la porción de la vía biliar extra hepática.

En el caso de nuestro estudio la colangiografía percutánea nos permitió confirmarlo de manera exacta, así como visualización de la carina y de ambos hepáticos. (Figuras 1 y 2)

La colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) es el otro estudio importante que sirve inclusive para clasificar el quiste preoperatoriamente y confirmaría el diagnóstico en un 90% pero este no se llevó a cabo en nuestro paciente.^{16,17}

El tratamiento actualmente es quirúrgico y se prefiere la escisión del quiste ya que el desarrollo de un carcinoma es elevado así como las altas tasas de colangitis con la simple derivación. Por ello lo que se necesitaría en el 50% de los casos sería reintervenir al paciente.

La maniobra es mantener abierto el quiste y poder disecar

toda la cobertura del hilio vascular y poder manejar de mejor manera la derivación como preconiza para obtener mejores resultados a largo plazo.¹⁸⁻²² (Figura 6)

Las técnicas quirúrgicas recomendadas para cada tipo de paciente son individualizadas por cada cirujano. La más preconizada para quiste de colédoco I en la clasificación de Todani es la Técnica de Okada.^{9,10}

CONCLUSIÓN

En los últimos 14 años se ha presentado solamente este caso en nuestro servicio de cirugía general, concluyendo que es un padecimiento extremadamente raro, además podemos estar seguros de que si no es tratado adecuadamente y en el momento de su diagnóstico aumentamos los factores de riesgo de un probable carcinoma de vías biliares y otras complicaciones que pudieran surgir.

Y podemos recomendar por el tiempo transcurrido de la cirugía que la técnica de Okada, modificada es una buena opción quirúrgica que todo cirujano debe tener como arsenal quirúrgico.

Referencias

1. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst. Analysis of 1,433 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980;140:653-7.
2. Alonso-Lej F, Rever WB Jr, Pessagno DJ. Congenital choledochal cysts, with a report of 2, and an analysis of 94 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1959;108: 1-30.
3. Diruchy O. Surgical aspect of cyst dilatation of the bile duct. *Ann Surg* 1981;195:203-08.
4. Vargas-Dominguez A, Fernández-Hidalgo E. Quiste de colédoco. *Rev méd Hosp Gen Méx* 1981;44:320-24.
5. Esquinca-Mendez E, Canciano-Gamboá. Quiste congénito de colédoco en el adulto, informe de un caso. *Cirujano general* 1988;3:66-70.
6. Crittenden S, Marthew J. Choledochal cyst. Clinical Features and Classification. *Am J Gastroenterol* 1985;80:643-47.
7. Todani T, Naruse M, Watanabe Y. Management of Congenital choledochal cyst. With intrahepatic involvement. *Ann Surg* 1978;187:272-280.
8. Todani T, Watanabe Y. Anomalous arrangement of the pancreatobiliary ductal system in patients with choledochal cyst. *Am J Surg* 1984;147: 672-76.
9. Akira Okada, Tetsuro Nakamura. Congenital dilatations of the bile duct in 100 instances and its relationship with anomalous junction. *Surg Gyn Obst* 1990;171:291-98.
10. Akira Okada, Tetsuro Nakamura, Kenzo Okamura. Surgical treatment of congenital dilatation of bile duct (choledochal cyst) with technical considerations. *Surgery* 1987;101:238-243.
11. Edil BH, Cameron JL, Reddy S, Lum Y, Lipssett 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.
12. Arce-Sanchez H, Gallardo-Angulo E, Lizarraga-Lopez JA, Tamayo-de la Cuesta JL, Inzunza-González A, Sainz-Calderón H. Quiste Gigante de Colédoco y Embarazo. *Arch Salud Sin* 2009;3(3):65-67.
13. Todani T, Watanabe Y. Carcinoma related to choledochal cyst with internal drainage operations. *Surg Gyn Obst* 1987;164:61-4.
14. Nagor-Ney. Choledochal cyst. In adult life. *Surgery of the liver and biliary tract*. Churchill Livingstone, London 1988;pp:1003-1012.
15. Hut S, Joseph M. Surgical management of choledochal cyst; a review of 60 cases. *J Ped Surg* 1985;20:443-48.
16. Eliahow S, Tel Hashamer. The role of endoscopic retrograde cholangio pancreatography in the diagnosis and treatment of adult choledochal cyst. *Surg Gyn Obst* 1988;167:462-66.
17. O'Neill J, Templeton J. Recent experience With Choledochal cyst. *Ann Surg* 1987;205:933-940.
18. Powell C, Reynolds V. Management of adult choledochal cyst. *Ann Surg* 1981;193:666-67.
19. Nouyen X, Huang B. Surgical treatment of congenital cyst dilatation of the biliary tract. *Ac Chir Scand* 1986;152:669-674.
20. Cosentino CM, Luck SR, Raffensperger JG, Reynolds M. Choledochal duct cyst; resection with physiologic reconstruction. *Surgery* 1992;112: 740-47.
21. Benhidjeb T, Münster B, Ridwelski K, Rudolph B, Mau H, Lippert H. Cyst dilatation of the common bile duct: surgical treatment and long-term results. *Br J Surg* 1994;81:433-436.
22. Chijiwa K, Koga A. Surgical Management And long-term Follow-up of patients with Choledochal Cyst. *Am J Surg* 1993;165:238-242.