

Quistes de colédoco

Marlene Chaurand-Lara,* Alfredo Canto-Cervera**

RESUMEN

Los quistes de colédoco son dilataciones de la vía biliar. De 20 a 25% ocurre en la vida adulta, presentándose con alteraciones clínicas hepáticas, biliares y pancreáticas. Los quistes biliares se asocian con complicaciones como estenosis ductal, formación de litos y colangitis. El método diagnóstico considerado como estándar de oro es la colangiografía, no obstante, la CPRE permite efectuar un diagnóstico y terapéutica en un solo tiempo. El tratamiento de los quistes de colédoco se relaciona de acuerdo con su clasificación, variando desde una esfinterotomía endoscópica hasta la resección quirúrgica. El presente caso corresponde a un coledococele, quiste biliar poco frecuente, resuelto endoscópicamente con esfinterotomía en el Servicio de Endoscopia del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.

Palabras clave: Quistes biliares, coledococele, esfinterotomía endoscópica.

ABSTRACT

Biliary cysts are cystic dilations, 20 to 25% of them occur in the adult life. They appear together with clinical hepatic, biliary and pancreatic abnormalities. They are related to complications such as ductal strictures, stone formation and cholangitis. Magnetic resonance cholangiopancreatography is considered the gold standard for diagnosis, nevertheless ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography) allows for diagnosis and therapeutic treatment at the same time. Biliary cysts management is determined by their classification, this may range from endoscopic sphincterotomy to surgical resection. We present a rare case of choledochocoele treated successfully by endoscopic sphincterotomy at the Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.

Key words: Biliary cysts, choledochocoele, endoscopic sphincterotomy.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de colédoco son dilataciones de la vía biliar que pueden ocurrir de forma única o simultánea. Sus ma-

nifestaciones clínicas incluyen alteraciones hepáticas, biliares y pancreáticas. La incidencia de quistes de vía biliar es cuatro veces más frecuente en mujeres que hombres. De 25 a 40% de los casos son diagnosticados en infantes durante la primera década de vida y cerca de 20 a 25%

Recibido para publicación: 08 agosto 2014. **Aceptado para publicación:** 10 diciembre 2014.

* Servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY).

** División de Cirugía, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Correspondencia:

Dra. Marlene Chaurand Lara
Servicio de Endoscopia, HRAEPY.
Km 8.5 Carretera Mérida-Cholul s/n, Colonia Maya, 97134, Mérida, Yucatán, México.
Teléfono: (999) 9427600, ext. 55306
E-mail: dra.chaurand@gmail.com

son descubiertos en la edad adulta.^{1,2} La teoría más aceptada de su origen sugiere que los cambios ductales se relacionan con una unión anómala entre los conductos biliares y pancreáticos, implicando una obstrucción distal con aumento de la presión intraluminal y degeneración de los conductos, que conlleva a la dilatación quística.^{1,2}

Los quistes se clasifican en cinco tipos (*Figura 1*). A saber, el tipo I se refiere a dilataciones fusiformes de la vía biliar extrahepática; son los más comunes y representan el 85% de los casos. El tipo II a saculaciones o divertículos de la vía biliar principal. El tipo III a dilataciones intramurales (duodeno) de la vía biliar principal, conocidos como coledococèle; los quistes tipo II y III son poco frecuentes, representan de 3 a 4% de los casos. El tipo IV incluye múltiples quistes, y se subdivide en IVa (quistes intra- y extrahepáticos) e IVb (lesiones extrahepáticas); constituyen el 1% de los pacientes. El tipo V se refiere a múltiples quistes intrahepáticos, llamada esta identidad enfermedad de Caroli, con incidencia menor del 1%.^{3,4}

La tríada clásica de síntomas para quistes de colédoco es dolor abdominal, tumoración abdominal en el cuadrante superior derecho (sólo en el 3%) e ictericia. Originalmente, fue descrita para la mayoría de los pacientes, sin embargo, en la práctica actual es raro que ocurra como tal, presentándose únicamente en el 10% de la población pediátrica e inexistente en adultos. El síntoma predominante es dolor abdominal, seguido de ictericia y colangitis. Varias afecciones pueden coexistir con el quiste de colédoco, tales como la colelitiasis, coledocolitiasis, cirrosis hepática, pancreatitis y lesiones malignas.^{3,4}

Los quistes biliares se asocian con complicaciones como estenosis ductal, formación de litos y colangitis. Ciertos tipos se consideran lesiones premalignas, ya que el riesgo de cáncer se eleva un 30%, siendo la mayor parte

de éstos colangiocarcinoma. El riesgo de cáncer aumenta con la edad, y ocurren con más frecuencia en los tipo I (68%) y tipo IV (21%).^{4,5}

El diagnóstico de lesiones quísticas se basa en los hallazgos encontrados en el ultrasonido abdominal y la tomografía computada. La colangiorrsonancia magnética constituye el método no invasivo de elección para el diagnóstico. La CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) permite la visualización detallada de la anatomía de vía biliar y pancreática, así como su extensión.^{5,6}

El tratamiento de elección para los quistes biliares de tipo I, II y IV es la resección quirúrgica completa, por el riesgo asociado de malignidad. En el quiste de tipo II solamente se efectúa la resección del mismo. Los quistes de tipo III (coledococèle) se manejan con esfinterotomía endoscópica. Para los quistes de tipo V, se recomienda trasplante hepático.^{5,6}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 31 años de edad sin antecedentes patológicos. Inició su padecimiento con ictericia progresiva de tres meses de evolución, acompañado de coluria y acolia. Los estudios de laboratorio mostraron bilirrubinas totales de 23 mg/dL, bilirrubina directa 1 de 8 mg/dL, fosfatasa alcalina: 444 mg/dL y GGT: 388 mg/dL. El ultrasonido abdominal reportó colelitiasis, dilatación fusiforme del colédoco y coledocolitiasis, por lo que fue enviado al Servicio de Endoscopia para realizar CPRE.

Los hallazgos durante el procedimiento fueron un ampulla de Vater deformada, con aumento considerable de

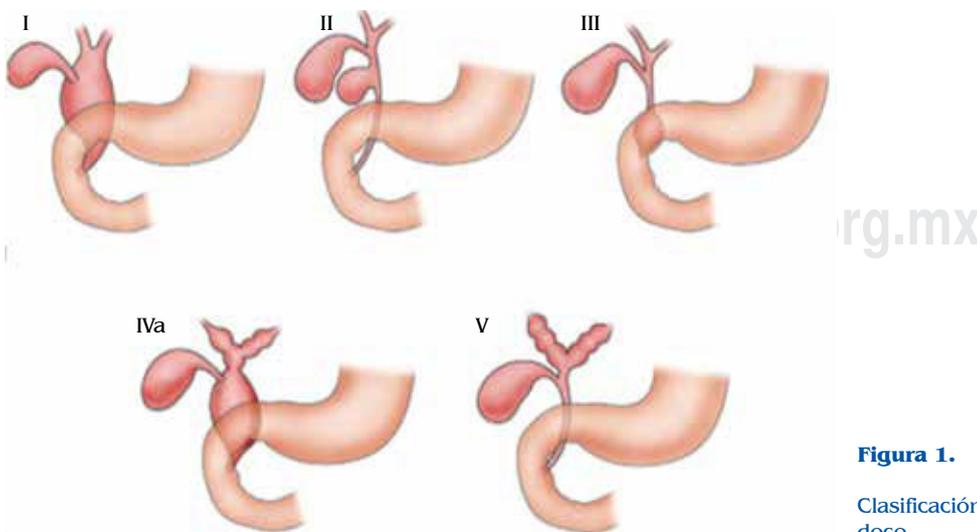


Figura 1.

Clasificación de Todani para quistes de colédoco.

tamaño secundario a un quiste coledociano (*Figura 2*). Se canuló la vía biliar principal, la colangiografía mostró una vía biliar intrahepática de calibre normal, colédoco con diámetro de 30 mm y múltiples defectos de llenado en su interior, circunferenciales, sugestivos de litiasis y vesícula biliar con lito de 15 mm (*Figura 3*). Se realizó esfinterotomía mayor de 10 mm, sin presentarse complicaciones, se introdujo balón extractor de litos realizando múltiples barridos, obteniendo varios litos circunferenciales de bilirrubinato de calcio entre 6 y 12 mm de diámetro. Finalmente, se corroboró la permeabilidad y adecuado vaciamiento de la vía biliar.

DISCUSIÓN

El abordaje terapéutico de los quistes biliares depende del tipo de quiste. En el pasado, algunos pacientes fueron tratados mediante drenaje interno por cistoenterostomía. Sin embargo, el procedimiento se asociaba con complicaciones como colangitis y estenosis de la anastomosis, además de un 30% de riesgo postoperatorio de malignidad. Debido a estas complicaciones, en la actualidad el tratamiento estándar consiste en resección quirúrgica. Sin importar el tipo de quiste, los pacientes con colangitis requieren drenaje, el cual puede lograrse por vía endoscópica (CPRE) o transhepática percutánea. En el caso de los quistes biliares de tipo III (coledococèle), se recomien-

da realizar esfinterotomía endoscópica, la cual permite el drenaje de bilis y litos. Nuestro paciente fue tratado con esfinterotomía endoscópica, el cual es el estándar de oro terapéutico para los casos de quistes de colédoco tipo III, de tamaño pequeño y que no presenta datos de obstrucción duodenal. El manejo del coledococèle es significati-



Figura 3. Colangiografía que muestra colédoco dilatado y colelitiasis (quiste de colédoco tipo III).

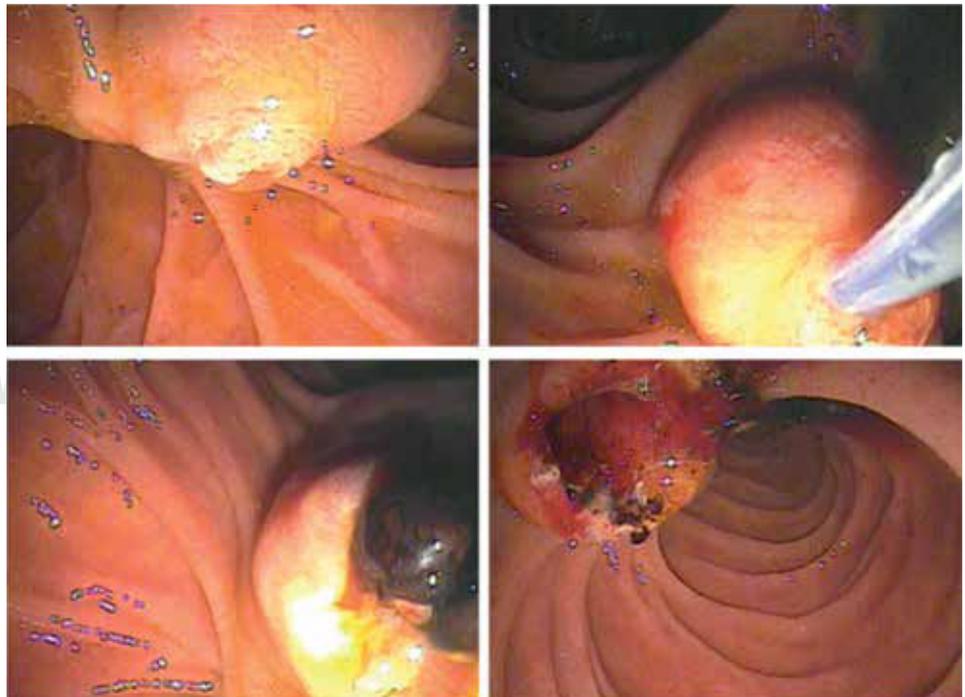


Figura 2.

Ámpula de Vater con aumento de volumen, canulación de la vía biliar, esfinterotomía y extracción de lito.

vamente diferente del manejo de los quistes biliares en general. El 80% de los quistes de vía biliar se manejan quirúrgicamente debido al riesgo significativo de malignidad, mediante resección biliar y hepatoyeyunostomía para los tipos I, II y IV. En menor proporción (11%), el coledococelo se resuelve por endoscopia.

Aunque se ha reportado malignidad en el coledococelo, la tasa de incidencia parece ser mucho más baja (3%) que en el resto de los quistes biliares. Cabe mencionar, que el manejo endoscópico definitivo del coledococelo no es una estrategia nueva. La esfinterotomía endoscópica para coledococelo fue reportada por primera vez en 1981, desde entonces se ha vuelto el manejo estándar en muchos centros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Topazian M. Biliary cysts. UpToDate. 2013. <http://www.uptodate.com/contents/biliary-cysts>
2. Mesleh M, Deziel DJ. Bile duct cysts. *Surg Clin North Am.* 2008; 88: 1369-1384.
3. 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: 732-734.
4. Wiseman K. Epidemiology, presentation, diagnosis, and outcomes of choledochal cysts in adults and in urban environment. *Am J Surg.* 2005; 189: 527-531.
5. Singham J, Yoshida EM, Scudamore CH. Choledochal cysts: part 2 of 3: diagnosis. *Can J Surg.* 2009; 52: 506-511.
6. Horaguchi J, Fujita N, Kobayashi G, Noda Y, Ito K, Takasawa O. Clinical study of choledochocelo: is it a risk factor for biliary malignancies? *J Gastroenterol.* 2005; 40: 396-401.