

Quistes del colédoco

Doctores: Tanca Juan (1), Mendoza Francisco (2), Nieto Iván (3), Paladines Ernesto (3), Abarca Cecilia (4), Aguilar Jeanine (4)

1. *Presidente Consejo Hospitalario ION-SOLCA Guayaquil*
2. *Jefe del Servicio de Gastroenterología ION-SOLCA Guayaquil*
3. *Médico Tratante del Servicio de Gastroenterología ION-SOLCA Guayaquil*
4. *Médico Residente 2 Post-grado de Gastroenterología ION-SOLCA Guayaquil*

ABSTRACTO

Los Quistes de Colédoco, forman parte de un amplio número de trastornos de la vía biliar, como resultado de los defectos ocurridos durante la etapa embrionaria del desarrollo, y que da por resultado una interferencia del flujo biliar a través del colédoco. La patología, se incluye dentro del grupo de las llamadas Colangiopatías Neonatales. Por lo general, los aspectos de muchas hepatopatías colestásicas neonatales, son similares, y resulta prioritario el diferenciar aquellas de origen intrahepático de las extrahepáticas. Las estrategias de tratamiento dependen de un diagnóstico temprano, a fin de brindar beneficios y evitar riesgos tales como, lesiones hepáticas crónicas, producto de la coléctasis progresiva, sin olvidar, como es el caso de la presente patología, el riesgo de degeneración maligna.

Palabras clave: Colédoco-Quiste

ABSTRACT

The choledocal cysts are part of a wide number of diseases of the biliary tract resultant of a defect happened during the embryonic stage of development, and that gives as result an interference of the biliar flow through the choledocho.

This pathology is included as a recognized cholangiopathy. In general the aspects of many newborns cholestatic hepatopathies are similar, and it's high priority differentiate those of intrahepatic origin from the extrahepatics. The treatment depends on an early diagnosis, in order to offer benefits and to avoid such risks as: chronic liver injuries as result of the progressive cholestasis, with out forgetting like in the case of the present pathology the risk of malignant degeneration.

Key words: Choledoco-Cysts

INTRODUCCIÓN

Observados ya por Vater en 1723, los quistes del colédoco son reconocidos preferentemente en la actualidad, como DILATACIONES QUISTICAS de las vías biliares extrahepáticas, dado que carecen generalmente de revestimiento mucoso interno. Ocupan el 2-do lugar dentro de las anomalías congénitas de las V. biliares, luego de la agenesia, y es muy poco frecuente. En Oriente, su incidencia es más alta, particularmente en Japón: 1/1000 habitantes; en Occidente alcanza índices de hasta 1/13000 habitantes (EE.UU.). Tiene un predominio mayor en la mujer que en hombre, con una relación de 4:1, observándose en un 80% de casos en pacientes menores de 10 años.

En nuestro servicio, hemos tenido oportunidad de diagnosticar a tres pacientes con esta patología, lo que nos ha motivado a realizar esta revisión.

Correspondencias y Separatas:

Dr. Francisco Mendoza Jaime
Servicio Gastroenterología
ION Solca Guayaquil
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
Guayaquil - Ecuador

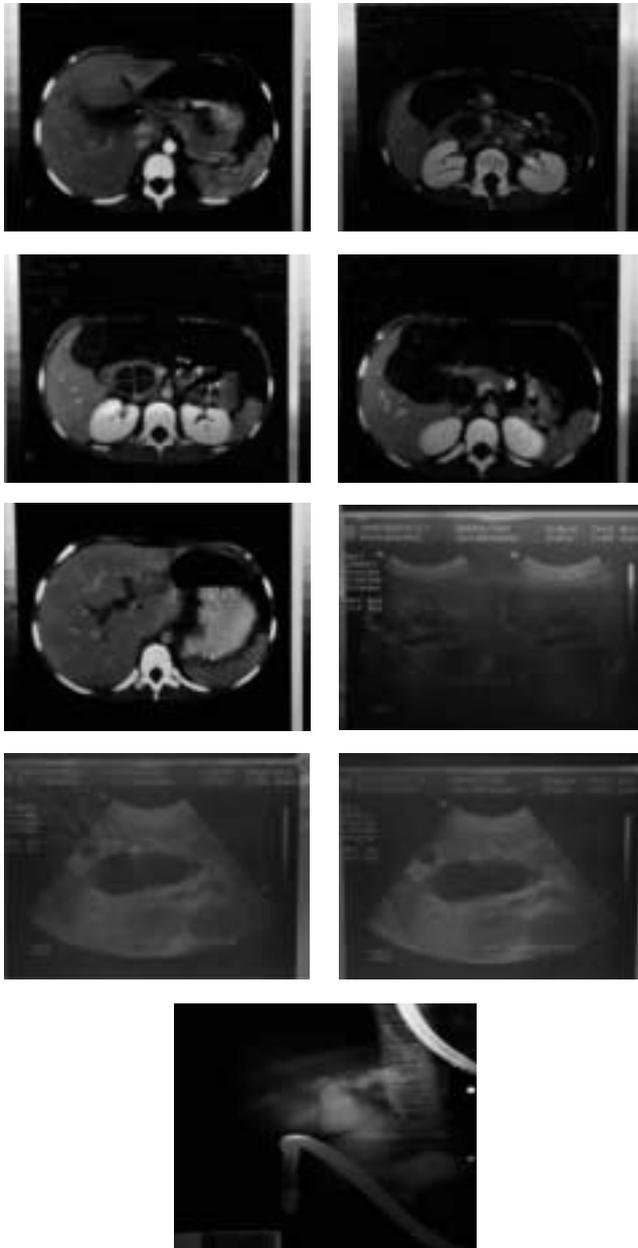
©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

MATERIAL Y MÉTODO

CASO: H.C. 2002-1446. Paciente femenina, 11 años, acude a consulta indicando dolor en hipocondrio derecho, que se inicia tres meses antes, por lo que realizó consulta médica particular recibiendo tratamiento antiparasitario. Ante la persistencia del dolor, se solicitó Ecografía abdominal, en la que se reportó la presencia de un colédoco de 13mm, que presenta una imagen tubular anecogénica, con diámetro de 30mm, en relación con probable dilatación fusiforme del conducto biliar común. Se lo reporta como Quiste de Colédoco y se sugiere TAC. Realizada esta, se aprecia una dilatación del colédoco, con diámetros de 4,3 x 2,9cm; discreta dilatación intrahepática, sin evidencia de lesiones en el parénquima. Vesícula distendida y tabicada. Páncreas, riñones y bazo funcionantes. Con estos datos es vista en nuestro departamento, solicitándole pruebas de función hepática y CPRE. Los resultados fueron: TGO 64 UI/L (VN hasta 50) TGP 202 UI/L (VN hasta 41) GGT 343 UI/L (VN hasta 49) Fosfatasa alcalina 666 UI/L (VN hasta 270). La CPRE., indica como hallazgo de interés, que una vez canulado el colédoco e inyectado el medio de contraste se aprecia una gran dilatación del mismo, compatible con Quiste Coledociano, que compromete tanto el colédoco distal, como su tercio medio; el hepático común se halla algo dilatado. En el Wirsung, se aprecia normalidad radiológica.



Las imágenes, tanto de ecografía, como de TAC y las obtenidas durante CPRE, nos permiten observar lo indicado:



Presentado y discutido el caso en Staff Clínico, se lo diagnosticó como Dilatación Quística de Colédoco del Tipo 1 (según clasificación de Todani) y se recomendó tratamiento quirúrgico. Sin embargo y a pesar de haber explicado a la madre tanto la patología como el riesgo que ella conlleva y el de haber coordinado con el departamento de cirugía para la realización del acto quirúrgico, la madre no retornó a la cita fijada.

DISCUSIÓN

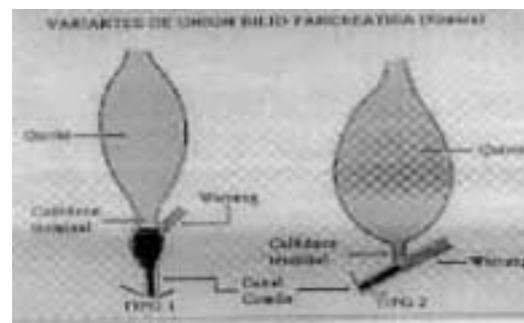
La dilatación quística del colédoco, se exterioriza por lo general en la infancia o adolescencia. Su etiología, según lo propuesto por

Babbit y Col, se da por una anomalía en la unión del colédoco y el conducto de Wirsung, debido esto a una falta de separación entre el canal pancreático ventral y el colédoco; esto permite la formación de un canal biliopancreático largo, que favorece el reflujo de jugo pancreático a la vía biliar, reflujo que, por su efecto químico, sería responsable del desarrollo de la dilatación quística. Basado en ello, Kimura y Col., describen dos variedades de Unión Biliopancreática:

VARIEDAD 1: en la que el Wirsung parecería unirse al colédoco

VARIEDAD 2: en la que el Colédoco parece unirse al Wirsung. Esta es la más frecuente y por lo general, la responsable de las manifestaciones clínicas severas y precoces.

Variantes de unión biliopancreática Kimura (1*):



Los Tipos de Dilataciones Quísticas de las V. biliares extrahepáticas, se clasifican de acuerdo a Todani y Col, en :

TIPO 1.- Dilatación quística del colédoco propiamente dicha. Es la más frecuente (85%)

TIPO 2.- Divertículo del colédoco (10%)

TIPO 3.- Dilatación de la porción terminal del colédoco, que protuye a la luz duodenal, o coledococoele, (5%).

TIPO 4.- Al de tipo 1 se suma dilatación de la vía biliar intrahepática (ocurre en el 20% de casos)

TIPO 5.- Las dilataciones quísticas están limitadas a la vía biliar intrahepática (Enf. De Caroli)

A su vez, dentro de las de tipo 1 se reconocen tres variantes:

Clasificación de Toddani (2*):



1a dilatación quística del colédoco propiamente dicha, de tipo esférico.

1b dilatación quística del colédoco propiamente dicha, de tipo segmentaria.

1c dilatación quística del colédoco propiamente dicha, de tipo fusiforme.

Clínicamente, se hace mención de la presencia de la Triada de Tsardkas-Robnett (1956), que indica la presencia de dolor-ictericia-masa palpable, pero en la práctica esto se observa solo en un 20% de casos. Frecuentemente los síntomas son inespecíficos. En el adulto, el dolor abdominal o malestar epigástrico intermitente, fiebre, dispepsia, y aún los episodios de pancreatitis aguda recurrente son muchas veces observados, mientras que en la infancia lo son el dolor abdominal intermitente pero progresivo, fiebre, ictericia fugaz y la presencia de masa abdominal

Las Dilataciones Quísticas del Colédoco, pueden dar complicaciones, especialmente.

-Ruptura, con la consiguiente peritonitis biliar y/o hemoperitoneo

-Obstrucción biliar, que predispone a la formación de cálculos, desarrollo de colangitis purulenta, cirrosis biliar, abscesos hepáticos y pancreatitis aguda.

-La complicación más grave, la DEGENERACIÓN MALIGNA, que se presenta con una frecuencia del 2-15%, pero que se incrementa con factores como, la edad (la frecuencia alcanza hasta un 28% a mayor edad), y el uso de métodos de drenaje interno (Colédocoquistoduodenostomía- Colédocoquistoyeyunostomía) que incrementa su frecuencia hasta en un 50%. Estas son las razones por las que en la actualidad, se aconseja la escisión primaria del quiste, lo más temprano luego de su detección. Si bien lo ideal es la extirpación total de la dilatación quística, esto muchas veces es técnicamente imposible.

Para el Diagnóstico, es importante partir indudablemente de la clínica; es fundamental, la exploración Ecográfica, la misma que muchas veces permite inclusive hacer el diagnóstico de esta patología ya en la vida intrauterina. La TAC., permitirá evaluar la extensión biliar intra y/o extrahepática. Indiscutiblemente, será la CPRE., el método diagnóstico de mayor ayuda como evaluación prequirúrgica, nos permite no solo detectar complicaciones, sino además precisar el tipo de unión biliopancreática (variantes de Kimura), que serán junto con la clasificación del tipo de Dilatación variantes de Todani) imprescindibles para la decisión de la técnica quirúrgica.

TRATAMIENTO

La intervención "de elección" es la exéresis con anastomosis en Y de Roux; aunque se trata de reseca el quiste lo más completo posible, muchas veces esto no se logra, pudiendo requerir mucho tiempo a más de convertirse en peligrosa; especialmente cuando existe infección periquística, en donde la infiltración tisular a esos niveles, borra los planos de clivaje y se corre riesgo de

lesionar la arteria hepática y/o la vena porta. Intervenciones "de necesidad" también han sido propuestas: Cistoyeyunoanastomosis con asa desfuncionalizada, Cistoduodenoanastomosis (frecuentes colangitis secundarias). Como Intervención "de excepción" se cita a la Esfinterotomía.

Actualmente se recomienda adaptar la técnica, a la clasificación dada por Todani, y así tenemos que (3):

-TIPO I: resección de la dilatación quística + colecistectomía + hepatoyeyunostomía en Y de Roux.

-TIPO II: diverticulectomía + colecistectomía

-TIPO II: papilotomía endoscópica.

-TIPO IV: igual al I + hepatectomía parcial (de forma eventual).

Bibliografía:

1. Altrudi Rodolfo, Ianco Jorge, Andreacchio Andrea, Kischinefski Jorge, "Dilataciones quísticas de las Vías Biliares Extrahepáticas". [Http://www.santojanni.org/cirurgia/ss060101.htm](http://www.santojanni.org/cirurgia/ss060101.htm).
2. Berenger J, García-Herola A. Enfermedades Congénitas de las Vías Biliares Intrahepáticas y extrahepáticas. En: Enfermedades Digestivas, 2-da ed. Vilardell F, Rodés J, Malagelada JR, Pajares JM, Pérez Mota A, Moreno-González E, Puig de la Calle J, eds. Aula Médica. Madrid-Barcelona 1998; 2363-2373.
3. Baumann R., Duclos B., Adioff M., "Dilatations Kystiques congénitales du cholédoque". *Encycl.Méd.Chir. (París), Hépatologie, 7044 A20, 1992.*
4. Babbit D:P, Starshak R:J., Clement A:R., "Coledochal cyst:a concept of etiology". *Am. J.Roentgenol., 119:57.1973.*
5. Kimura K., Ohto M., Ono T., et al.: "Congenital cystic dilatation of the common bilie duct: relationship to anomalous pancreatico-billary ductal union". *Am.J Roengenol, 128:571.1977.*
6. Flanigan D: P: "Biliary Cyst" *.Ann.Surg, 182:635, 1975.*
7. Todani T., Watanabe Y., Narusue M., Tabuchi K., Okagima K.: "Congenital bile duct cyst.Classification.operative procedures and review of thirty-seven cases including cancer arisingFrom choledochal cyst", *Am.J. Surg. 134:263, 1977.*



8. Matsumoto Y., Uchida K., Nakase A., Honjo I.: "Congenital cystic dilatation of de common bilie duct as a cause do primary bilie duct stone". Amer. J. Surg., 134:346, 1977
9. Nichitailo ME., Skums AV., Galochka IP.: [Diagnosis and Treatment of cystic transformation of biliary ducts]. Klin Khir, 2001 Oct;(10):22-7 Russian. MEDLINE
10. Budhiraja S., Sen J., Rattan KN., Dahiya P.. Antenaltal diagnosis of choledochal cyst. Indian J Pediatr. 2001 Nov; 68(11):1087-8. MEDLINE.
11. Altrudi, Ianco, Andreacchio, Kischinefski, "Dilataciones quísticas de las vías biliares e Extrahepáticas". www.santojanni.org/cirugia/ss060101.htm.

Del Editor

LAS REFERENCIAS

Las referencias constituyen una parte fundamental de un manuscrito científico. las referencias seleccionadas por el autor reflejan su conocimiento del trabajo realizado por otros y que él ha consultado para realizar el suyo. Citar una referencia de una referencia, publicada previamente, sin revisar la publicación original es un mal método de investigación. Una publicación médica nunca debe citarse como referencia si el autor del nuevo manuscrito no la ha leído.

Los manuscritos con demasiadas referencias más que erudicción reflejan inseguridad. El hecho de leer una publicación mientras se está elaborando el manuscrito, no significa que deba ser citada como referencia; sólo deben incluirse aquellas que sean necesarias para dar al manuscrito, sustentando la información y los comentarios que se le atribuyen. Así como un buen párrafo no tiene palabras innecesarias, un buen manuscrito no tiene referencias innecesarias. la capacidad que tenga el autor para recolectar información es la clave del éxito de un trabajo científico.

Adaptado de: Am. J. Cardiol 1983; Mayo 1.



FUME Y VIVIRÁ POCO

El cigarrillo contiene sustancias químicas nocivas para la salud de quien lo consume y de quienes lo rodean. Algunas de ellas son: **ACETONA**, capa de disolver pintura de uñas y pegamento; **AMONÍACO**, como el de limpiar baños; **ARSÉNICO**, que es veneno; **BENCENO**, que es un disolvente químico; **BUTANO**, como el de los fósforos; **CIANURO**, que es otro veneno; **POLONIO**, que es un componente de desperdicio ácido nuclear; **CADMIO**, que es usado en pilas recargables; **MONÓXIDO DE CARBONO**, como el de los autos; **ÁCIDO CLORHÍDRICO**, usado en cámaras de gas para ejecuciones.... **NO FUME**

No Consuma Tabaco y Respete al No Fumador

