

QUISTES DEL COLEDOCO

RESUMEN:

Se presentan dos casos de quistes del colédoco resaltando su rara incidencia y se comenta el probable mecanismo de formación y sus distintas variedades anatómicas. Se analiza la sintomatología y los procedimientos diagnósticos, aconsejándose la ecografía abdominal como medio inicial y la colangiografía endoscópica retrógrada para su confirmación. El tratamiento recomendado es el quirúrgico con el que se ha obtenido excelente resultado en ambos casos.

SUMMARY:

We present two cases of choledocal cysts. We emphasize their rarity and comment on the probable pathogenesis and the different anatomical varieties. We analyse the clinical presentation and the diagnostic procedures, recommending ultrasonography as the initial procedure and endoscopic retrograde cholangiography for confirmation. Surgery is the recommended treatment, which gave excellent results in both cases.

Palabras Clave:

Colédoco - Quistes - Vías biliares.

Dr. Eynard, HG. *, Dr. Obeide, LR. **, Dr. Miranda, E. *,
Dr. Mondino, JC. *, Dr. Arcuri Colombres, M. **,
Dra. Bertola, S. ****, Dr. Camps, D. ****,
y Dr. Alvarez, W. *****.

Servicio de Cirugía General y Servicio de Gastroenterología.
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba.

Experiencia Médica 1993 - Vol. XI - Nros. 1-2.

INTRODUCCION:

Los quistes coledocianos pueden definirse como una rara dilatación congénita del colédoco que se asocia frecuentemente con una dilatación congénita o adquirida de los conductos biliares intrahepáticos (1).

La primera descripción fue en 1793 por Vater, pero el primer caso bien documentado fue publicado por Douglas en 1852.

Se han propuesto diversas clasificaciones para los quistes de las vías biliares, pero el esquema de Alonso - Lej (1959) y posteriormente la de Todani (1977) son los más usados (2).

En el presente trabajo se presentan dos pacientes con quistes coledocianos, que fueron diagnosticados, estudiados y tratados en el Hospital Privado de Córdoba en los años 1992 - 1993.

PRESENTACION DE CASOS

Caso 1

Mujer de 14 años de edad, con historia de epigastralgia y dolor tipo cólico en hipocondrio derecho recurrentes desde los tres años de edad, con episodios aislados de fiebre y coluria. No ictericia. Desde tres meses antes de la consulta los dolores fueron de presentación más frecuentes e intensos, acompañados de náuseas y vómitos. Ex. Físico: 70 kg., afebril, no ictericia, lívedo reticularis en miembros inferiores, abdomen con dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin reacción peritoneal.

Ecografía Abdominal: vías biliares intrahepáticas no dilatadas. Vesícula biliar alitiásica. Dilatación del colédoco suprapancreático de 18 mm. de diámetro. No se identifica el colédoco terminal. Páncreas normal. Colangiografía endoscópica retrógrada: colédoco muy dilatado en la porción superior y media, y fino en tercio distal. Vía biliar intrahepática no dilatada; (Tipo IC de la

* Médicos de planta. Servicio de Cirugía General.
** Médicos residentes del Servicio de Cirugía General.
*** Médico Jefe del programa de transplantes hepáticos.
**** Médicos de planta del Servicio de Gastroenterología.
***** Médico becario del Servicio de Gastroenterología.

clasificación de Todani). (Fig. N° 1) -Se decide tratamiento quirúrgico.

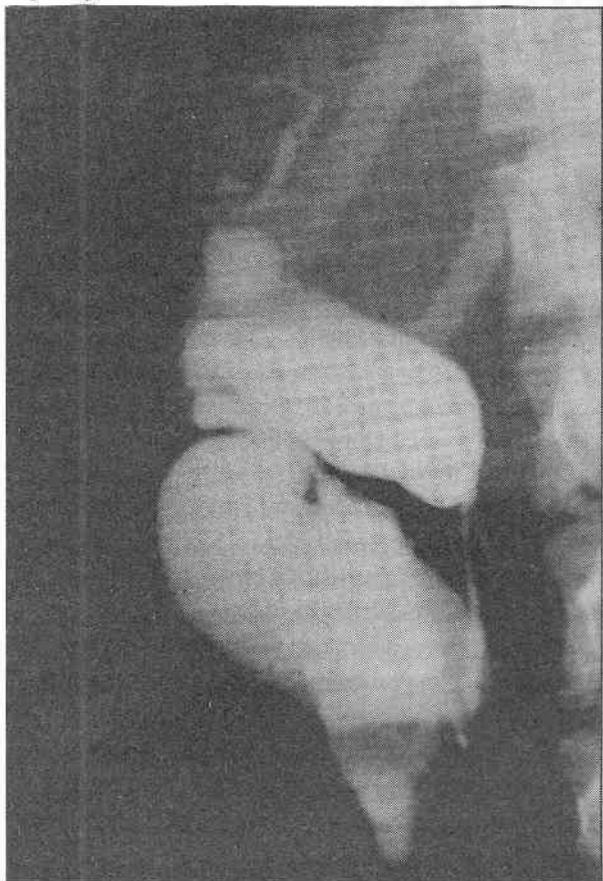


Fig. 1: Caso N° 1: Enorme dilatación de las porciones superior y media del colédoco que abruptamente se continúa en un fino conducto distal.

Laparatomía: hallazgos: vesícula alitiásica. Quiste de colédoco de 40 por 70 mm. suprapancreático. La colangiografía intraoperatoria muestra que el quiste se continúa con el colédoco en desfiladero, con escaso pasaje al duodeno. Ambos conductos hepáticos son finos. (Fig. N° 2)

Procedimiento: resección del quiste + hepático yeyuno anastomosis en omega + anastomosis de Braun transmesocólica + colecistectomía. Anatomía Patológica: quiste de colédoco de 40 mm de diámetro - vesícula biliar: colesterosis. Buena evolución operatoria.

Caso 2

Mujer de 15 años de edad, derivada a nuestro hospital con diagnóstico presuntivo de hepatitis. Consulta a su médico de cabecera por dolor postprandial en epigastrio e hipocondrio derecho. Se realiza gastroscopía que muestra hernia hiatal. Un día antes de la derivación presenta náuseas, vómitos, ictericia, coluria y acolia.

Ex. físico: afebril, ictericia. Epigastrio e

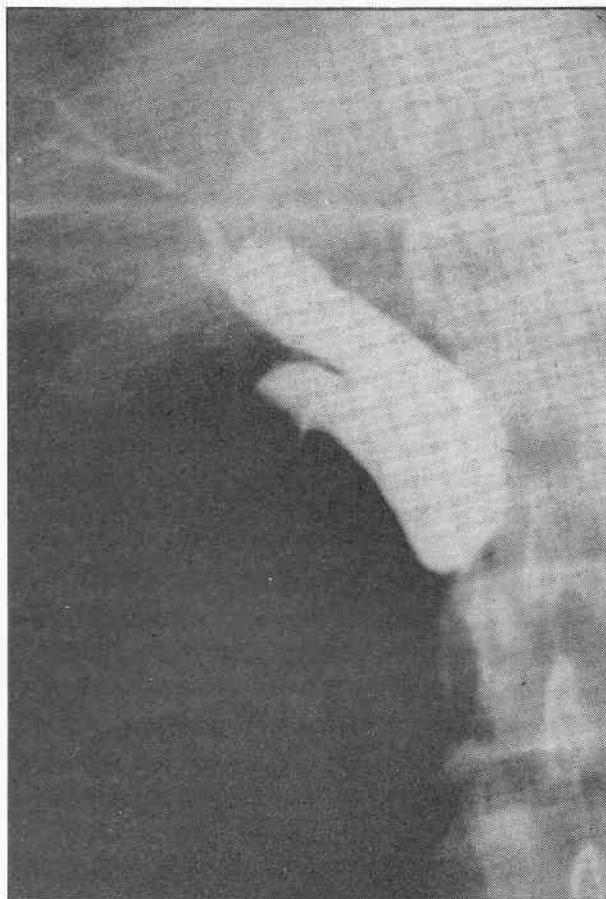


Fig. 2: Colangiografía intraoperatoria del mismo paciente que muestra el quiste que se continúa con un colédoco en desfiladero con muy poco pasaje hacia el duodeno.

hipocondrio derecho sensibles a la palpación. Hígado sobre reborde costal. No estigmas de hepatopatía crónica. Ecografía abdominal: dilatación del hepático común y del colédoco de 13 mm. de diámetro, con leve dilatación de la vía biliar intrahepática. Vesícula biliar alitiásica. Colangiografía endoscópica retrógrada: vías biliares intra y extrahepáticas dilatadas. Colédoco de 14 mm de diámetro. (Fig. 3). Laboratorio de colestasis: GOT 166, GPT 374, FA 465, GGT 154, amilasa 70 y bilirrubina total de 2,30 mg/dl (Directa 0,74, Indirecta 1,51). Serologías para hepatitis A y B negativas. El dolor y la ictericia ceden. Ante la posibilidad de que su cuadro se haya debido a litiasis biliar que haya migrado, se decide conducta expectante. Un mes después, la paciente está sin síntomas, con laboratorio normal, y con la ecografía, que muestra dilatación y paredes engrosadas del colédoco. Con diagnóstico presuntivo de quiste de colédoco se decide tratamiento quirúrgico.

Laparatomía: hallazgos: colédoco con dilatación quística de 20 por 40 mm de diámetro. Colangiografía intraoperatoria: colédoco distal al quiste, fino; vías biliares intrahepáticas, dilatadas. Quiste tipo IC según la clasificación de Todani.

Procedimiento: Resección del quiste + colecistectomía + colédoco yeyuno anastomosis en Y de Roux.

Buena evolución post-operatoria. Controles posteriores muestran normalización de las vías biliares intrahepáticas.



Fig. 3: Caso Nº 2: Colangiografía endoscópica retrógrada. Muestra la acentuada dilatación del colédoco con las vías biliares intra y extra hepáticas también dilatadas.

DISCUSION

Los quistes coledocianos son diagnosticados en neonatos, niños y adultos jóvenes, aunque pueden verse a cualquier edad. Aproximadamente el 60 % de los casos se los diagnostican al décimo año de vida.

La incidencia estimada va de un caso en 13.000 a uno en 2.000.000 de pacientes internados. Más de un tercio de los casos reportados ocurrieron en pacientes japoneses.

La relación mujer-hombre, tanto en series occidentales como orientales, varía de 3:1 a 4:1 (1; 3).

Se acepta habitualmente que los quistes coledocianos son congénitos, pero el mecanismo de su formación aún es desconocido. El primer mecanismo propuesto como causa de los quistes es una proliferación epitelial inadecuada durante los estadios embrionarios de oclusión del conducto biliar común. Este mecanismo permanece ampliamente expuesto, pero no comprobado. En

1975 Saito e Ishida postularon mecanismos divididos en dos grupos: obstrucción biliar y reflujo pancreático-biliar (4). Posteriormente Babbitt postula la existencia de un drenaje anómalo coledociano-pancreático, que permitiría el reflujo pancreático hacia el colédoco, favoreciendo la formación del quiste (5). Esta teoría ha sido cuestionada porque no explica las características clásicas de los quistes coledocianos como la transición abrupta entre el quiste y el conducto hepático normal, y la presencia de quistes intrahepáticos concomitantes. Si el reflujo pancreático fuera la causa de los quistes se esperaría un compromiso más uniforme de las vías biliares. Además, las numerosas series publicadas que estudian la anómala desembocadura bilio-pancreática no dan resultados uniformes, y en estudios experimentales se ha demostrado que la simple destrucción del epitelio de los conductos biliares por sí sola no produce quistes coledocianos (1; 6).

En nuestros pacientes no se valoró la desembocadura coledociano-pancreática porque en los estudios realizados no se visualiza el conducto pancreático.

Las características patológicas clásicas son dilatación quística del conducto biliar común, parénquima hepático normal, árbol biliar intrahepático normal (excepto cuando se asocia a enfermedad de Caroli), y obstrucción parcial del colédoco terminal. Microscópicamente la pared del quiste es casi exclusivamente compuesta por tejido conectivo fibroso y la mucosa ulcerada o ausente. Es común encontrar focos de displasia.

Tres tipos de compromiso de la vía biliar intrahepática se pueden asociar: 1- dilatación simple secundaria a obstrucción, que se resuelve luego de la corrección quirúrgica; 2 - malformación quística de una rama primaria del árbol biliar intrahepática sin dilatación de las ramas distales; y 3 - el compromiso quístico intrahepático es el compromiso principal de la enfermedad biliar, estando distorsionadas y con múltiples quistes las ramas primarias, secundarias y terciarias del árbol biliar (6).

De las diversas clasificaciones propuestas el esquema de Alonso Lej (1959), corregido y ampliado por Todani (1977) son los más usados y los dividen: (Fig. 4)

Tipo I: el más común, 80 - 90 % de los casos.

IA: dilatación quística del conducto biliar principal (CBP)

IB: dilatación del CBP focal y segmentaria.

IC: dilatación coledocial fusiforme.

Tipo II: 2 % de los casos y se asemeja a un divertículo del colédoco.

Tipo III: 1,4 a 5 % de los casos. Coledococelo de la porción intraduodenal del colédoco.

Tipo IV: A - B: 19 % de los casos. Múltiples quistes intra y

extra hepáticos.

Tipo V: dilatación quística biliar intrahepática (Enfermedad de Caroli).

Aproximadamente 2 % de los pacientes con enfermedad de Caroli tienen afectación extrahepática.

tácticas:

1 - Drenaje Externo

2 - Drenaje Interno

3 - Resección con reconstrucción de la vía biliar.

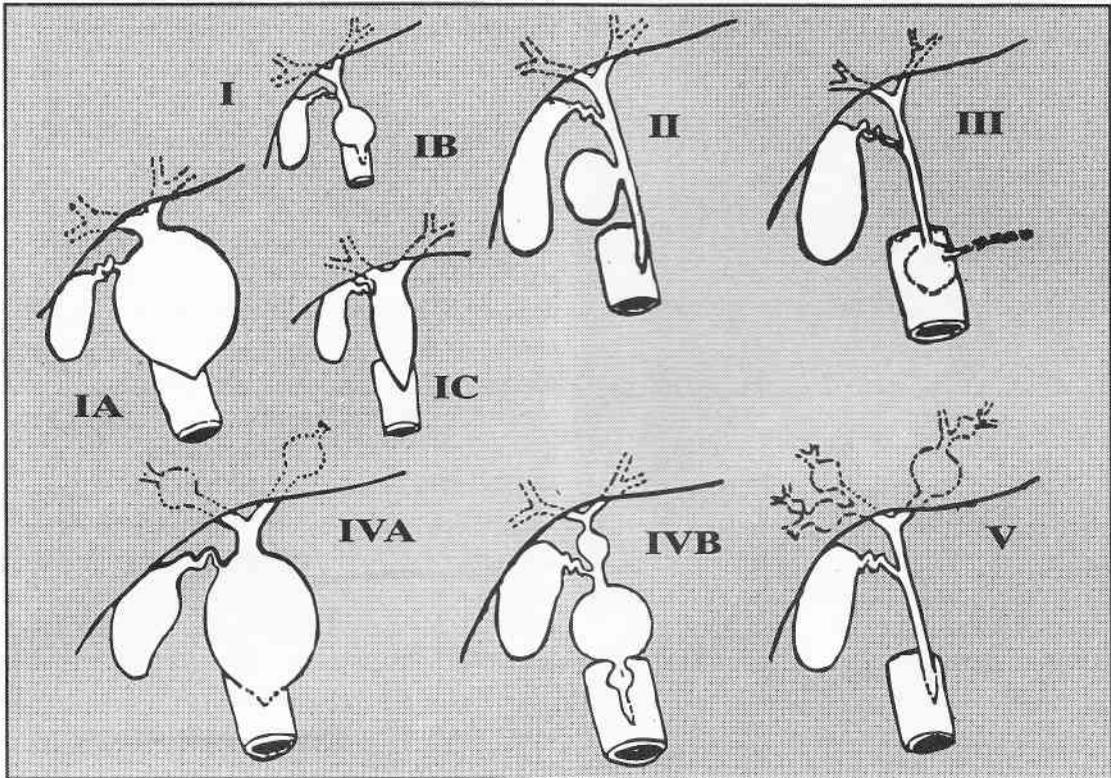


Fig. 4: Esquema de Alonso-Lej, corregido por Todani.

Las manifestaciones clínicas de esta entidad representada por la clásica triada de dolor abdominal, ictericia y masa palpable, se los encuentra en un tercio de los pacientes. Lo más frecuente ictericia intermitente (1).

Las complicaciones son colangitis, pancreatitis, litiasis vesicular y coledociana, hipertensión portal, cirrosis, ruptura espontánea y carcinoma biliar. El riesgo de malignización es claro. No es infrecuente encontrar distintos grados de displasia en el estudio histopatológico del quiste, y se han reportado porcentajes que van del 4,2 al 28 % de cáncer hepato-bilio-pancreático y 4 % de neoplasia del quiste. Se ha descrito malignización de colédoco dilatado residual luego de la corrección quirúrgica (1; 7; 8).

De los estudios que ayudan al diagnóstico, la ecografía abdominal es el más útil para la investigación inicial (6). La colangiografía endoscópica retrógrada define prácticamente sin error el árbol biliar intra y extrahepático y su utilidad ha sido remarcada por varios autores. Puede presentarse colangitis secundaria a este procedimiento.

El tratamiento quirúrgico puede resumirse en tres

El drenaje externo a partir del quiste ha quedado excluido como alternativa, al igual que las punciones evacuadoras. El drenaje de la vesícula (colecistostomía) es considerado como alternativa de elección y como primer paso quirúrgico en pacientes en mal estado general hasta tanto pueda emplearse un procedimiento de resección.

El drenaje interno, derivando el quiste al duodeno (cistoduodenostomía) o al yeyuno (cisto-yeyunostomía en omega o en Y de Roux) fue el procedimiento de elección hasta la década del 70. Los episodios de colangitis, ictericia por estenosis anastomótica, litiasis, y el riesgo de desarrollo de cáncer hicieron que éste método fuera reemplazado por las técnicas de resección y reconstrucción en uno o dos tiempos. La esfíntero-papilotomía endoscópica no está indicada (9;10).

Los procedimientos de resección consisten en la extirpación del quiste ligando y seccionando el colédoco distal para evitar el reflujo pancreático. Si estuviese comprometida la porción intrapancreática del colédoco, se propone la disección de las capas más profundas del quiste, dejando la capa externa, para prevenir la hemorragia y la fistula pancreática. La sección proximal conviene que sea realizada sobre la placa hiliar aún si los conductos intrahepáticos no estuviesen comprometidos.

Las posibilidades de reconstrucción son múltiples. La anastomosis entre el hepático y el yeyuno en Y de Roux es lo más aceptado pero sin ventajas francas sobre la hepático-duodenostomía. Siendo la complicación alejada más frecuente la colangitis por estenosis anastomótica, en 1988 Todani ideó prolongar la sección proximal hacia ambos conductos hepáticos logrando una gran boca anastomótica.

Las complicaciones inmediatas son la fístula biliar, la hemorragia y obstrucción duodenal. (1; 6; 7).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Howard, Edward R.: *Quistes de Colédoco; en Maingot, Operaciones Abdominales. Vol. 2, 1726-1743. Ed Panamericana 1986.*
- 2) Todani, T; Watanabe, Y; et al: *Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. Am. J. Surg. 134: 263, 1977.*
- 3) Wanderpool, David: *Choledochal Cysts. Collective Review. Surg. Gynecol and Obst. Vol. 167, 1988.*
- 4) Saito, S., Ishida, M,: *Congenital choledochal cysts. (Cystic dilatation of the common bile duct). Progr. Pediatr Surg. 6:63, 1974.*
- 5) Babbit, D.P.; Starshak, R.J.: *Choledochal Cyst: A concept of etiology, AJR 119:57, 1973.*
- 6) Cheney, M, Rustad, D.G., Lilly, J.R.: *Choledochal Cysts. World J Surg. 9,244-249, 1985.*
- 7) Moreno Gonzalez, E; García García, I; Hidalgo Pascual, M; Calleja Kempin, JI García Blanch, G; Gómez Gutierrez, M; Arias Diaz, J; Calle Santiuste A: *Choledochal Cysts Resection and Reconstruction by Biliary-Jejuno-Duodenal Diversion., World J Surg 13, 232-237, 1989.*
- 8) Todani, T; Tabuchi K: *Carcinoma arising in the wall of congenital bile duct cysts. Cancer 44:1134, 1979.*
- 9) Savader, S.J.; Benenati, J.F.: *Choledochal cysts: Clasification and Cholangiografic appearance. AJR 156:327-331, 1991.*
- 10) Growwen, D: *ERCP in the diagnostic of cytic Duct Syndrome. Surg Ginecol and Obst 159, 1984.*

