

Quiste del colédoco como causa de dolor abdominal: Revisión de un caso y bibliografía

Laura Arroyo-Martínez ¹, Royner Montero-Carvajal ², José Ayi-Wong ³

Resumen

El quiste del colédoco se define como la dilatación congénita o combinada del árbol biliar extrahepático (tipo más frecuente) o intrahepático. La etiología no está aún determinada, pero existen tres teorías. Esta patología se observa en niños y adultos, predominantemente en mujeres. Pueden manifestarse anomalías en todo el sistema biliar, ya sea intra o extrahepático. Se clasifica en 5 tipos. Antes, el abordaje de dichos quistes era la cistoentero anastomosis, pero ahora se recomienda realizar una escisión completa del quiste, para disminuir el riesgo de malignidad y desarrollo de colangitis o pancreatitis recurrente. Aquí se presenta el caso de una mujer de 21 años con dolor abdominal, ictericia y una masa en el hipocondrio derecho, secundario a dicha patología, que fue sometida a una resección quirúrgica con anastomosis primaria. La evaluación anatomopatológica demostró una estructura quística de aspecto similar a una vesícula biliar, congestiva y pardusca, con inflamación crónica leve. Tuvo un postoperatorio satisfactorio y egresó con tratamiento antibiótico.

El quiste coledociano debe considerarse en el diagnóstico diferencial de aquellos pacientes con dolor abdominal y masa en el cuadrante.

Descriptor: quiste del colédoco, dolor abdominal.

Recibido: 27 de enero de 2004

Aceptado: 2 de marzo de 2004

El quiste del colédoco (QC) es una dilatación congénita o combinada del árbol biliar extrahepático o intrahepático. El QC es más común en mujeres, la mayoría (80%) se diagnostican antes de los 10 años ¹. Los hallazgos incluyen una masa en hipocondrio derecho, ictericia y dolor abdominal. El diagnóstico se confunde con enfermedad benigna del páncreas o de las vías biliares. Las complicaciones incluyen colangitis, ictericia, pancreatitis, hipertensión portal y colangiocarcinoma. El tratamiento de elección es la resección del quiste.

Existen tres variedades específicas de estos quistes, entre los cuales se mencionan: a- una dilatación de todo el colédoco y el hepático común, en la que el cístico entra al quiste; b- un pequeño quiste localizado en la porción distal del colédoco, y c- una dilatación fusiforme del conducto colédoco. El más común es el tipo I ². Se asocia con unión anómala del conducto pancreático y el colédoco, estenosis de la porción distal del colédoco y dilatación de los conductos intrahepáticos.

Las tres teorías existentes acerca de la formación de estos quistes son: la unión anómala entre el conducto pancreático y las vías biliares, la canalización anormal del colédoco y las anomalías de la inervación anatómica del árbol biliar extrahepático.

1 Médico y Cirujano. Asistente de Medicina General. Hospital San Juan de Dios.

2 Médico y Cirujano. Asistente de Cirugía General, Emergencias Quirúrgicas, Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital San Juan de Dios.

3 Médico y Cirujano, Asistente de Cirugía General, Emergencias Quirúrgicas, Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital San Juan de Dios.

Abreviaturas: QC, quiste del colédoco; TAC, tomografía axial computarizada, US, ultrasonido.

Caso clínico

Paciente femenina de 21 años, previamente sana, que ingresó al Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Hospital San Juan de Dios, el 23 de julio de 2003, después de ser trasladada del Hospital de Ciudad Neilly por presentar dolor en el hipocondrio derecho, de 2 días de evolución; asocia fiebre, náuseas y vómitos.

Al examen físico presentaba astenia, adinamia, deshidratación y leve ictericia conjuntival, cardiopulmonar normal, abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en el hipocondrio derecho con Murphy positivo.

Tenía leucocitosis de 15200 con un 18% de bandas, las amilasas eran normales, la bilirrubina total estaba en 4,7mg/dl, la bilirrubina directa en 2,9mg/dl, y las transaminasas eran normales. Se le hizo un US de hígado y vías biliares, demostrándose un quiste del colédoco. Recibió tratamiento I.V. con ampicilina, gentamicina, metronidazole, tramal y cimetidina.

Se le repitieron los exámenes de sangre y el US de abdomen completo. Este demostró un hígado de tamaño y aspecto normal, sin francas alteraciones o dilataciones de vías biliares intrahepáticas. Se visualizó el colédoco encontrándose una dilatación fusiforme de 9,35 x 3cm, compatible con un quiste de colédoco, con algunas discretas litiasis distales.

Se le practicó una laparotomía exploratoria, encontrándose una dilatación fusiforme del colédoco, con dilatación secundaria del conducto hepático común. El cuello del quiste distal era intrapancreático, con litos dentro del colédoco. Se realizó una hepático-yeyunoanastomosis en Y de Roux.

Discusión

En 1959, Alonso-Lej y Col propusieron el primer sistema de clasificación ampliamente utilizado de los quistes coledocianos. Esta clasificación no explicaba la enfermedad intrahepática aislada, y Todani y Col propusieron un esquema de mayor aceptación³. (Cuadro 1)

Histológicamente se ven dos tipos de quistes coledocianos: 1) en el glandular se observa un epitelio cuboide normal con cavidades glandulares en la capa mucosa asociadas con un infiltrado crónico de células inflamatorias; 2) en el fibrótico, el colédoco está engrosado con fibras de colágeno bien desarrolladas y poca inflamación.

Se observan quistes de tipo I en el 40-60% y de los tres subtipos de quistes tipo I las variedades quística y fusiforme son las más frecuentes, y la quística lo es cinco veces más⁶.

La triada clásica de ictericia, masa en hipocondrio derecho y dolor abdominal, se presenta en una minoría de los pa-

Cuadro 1: Clasificación de Todani y Col

Tipo I	Dilatación del árbol biliar extrahepático a) quístico b) focal c) fusiforme
Tipo II	Divertículo sacular del colédoco extrahepático
Tipo III	Dilatación del árbol biliar en el duodeno, coledocele
Tipo IV a	Dilatación del árbol biliar intrahepático y extrahepático
Tipo IV b	Múltiples quistes extrahepáticos
Tipo V	Dilatación limitada a los conductos intrahepáticos (Enfermedad de Caroli)

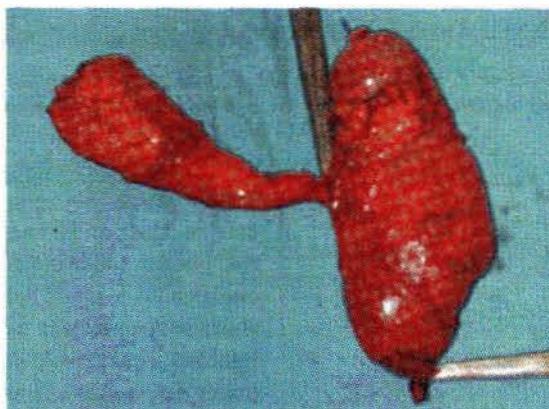


Figura 1. Lesión quística de 10 x 5 x 4 cm, de aspecto de vesícula biliar, congestiva, pardusca. Se observa conducto cístico a la izquierda dilatado, con el colédoco a la derecha con una dilatación fusiforme.

cientes (5% al 30%), la mayoría (40% al 80%) tienen 2 de esos 3 hallazgos. Se observan náuseas en alrededor de 1/3 de los casos. Es probable que los adultos se presenten con pancreatitis⁷ (relacionada con litiasis o barro biliar), síntoma que imita al cólico biliar o la colecistitis aguda. Hay ictericia en 1/3 de los pacientes adultos y algunos pueden tener colangitis como síntoma de presentación⁴.

El diagnóstico preoperatorio se realiza mediante los siguientes estudios:

El US de abdomen es preciso para determinar el tamaño, el contorno y localización de los quistes del colédoco. El TAC puede definir el tamaño, la localización y la extensión de la dilatación biliar intra o extrahepática. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica tiene la ventaja de definir la anatomía ductal inferior y, específicamente, la presencia de una unión anómala entre el colédoco y el conducto pancreático (Figura 2). Las complicaciones de este procedimiento invasivo incluyen: colangitis, bacteriemia y pancreatitis.

El abordaje quirúrgico que comprende la escisión completa del quiste con reconstrucción mediante una anastomosis bilioentérica en Y de Roux, es el tratamiento de elección



Figura 2. La CPRE demuestra una importante dilatación fusiforme del colédoco, con dilatación secundaria del conducto hepático común.

para la mayoría de los tipos de quistes coledocianos ⁵. Sin embargo, si el quiste es de gran tamaño y su escisión completa no es posible, se realiza una resección de la pared anterior y a la pared posterior se le efectúa una mucosectomía para evitar la carcinogénesis.

Las excepciones a esta práctica comprenden los abordajes del tipo III y V. En los tipos I, II y IV se realiza una escisión y reconstrucción biliar. Se ha tratado el coledococelo (tipo III) con esfinteroplastia transduodenal o papilotomía endoscópica. El quiste tipo V o enfermedad de Caroli ⁸ se puede abordar de tres maneras: 1) Si el quiste intrahepático tiene grandes dimensiones, se drena el mismo en un primer tiempo quirúrgico, se espera a que disminuya y luego se reseca; 2) resección del quiste con una hepato yeyunoanastomosis en Y de Roux; 3) si la dilatación es muy grande y el hígado presenta una lesión importante, se realiza trasplante hepático.

Abstract

Cholelithiasis is a dilatation of a component of the biliary tree and it may include both intra and extrahepatic sites. They are classified into five types, all of which are relatively rare. Previously, cholelithiasis were treated with biliary-enteric bypass procedures. The current recommendation is to attempt their complete excision to minimize the known risk of becoming malignant and the development of recurrent cholangitis or pancreatitis that may occur in these patients.

We present here the case of a 21 year old woman with abdominal pain and jaundice due to a type 1 cholelithiasis. The cyst was removed and patient did fine.

Referencias

1. Weyant, M.D., Michael J., The Choledochal Cysts in adults. *Am J Gastroenterol.* 1998; 93: 2580-2583.
2. Schwartz, Seymour I. y col, Principios de cirugía, tomo II. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000; 1526-1527.
3. Zinner, Michael J. y cols., Operaciones abdominales de Maingot. tomo II. Argentina: Editorial Panamericana, 1998; 1594-1604.
4. Hewitt, P.M., Choledochal Cysts. *Br J Surg* 1995; 82: 382-385.
5. Martin, Ian J., Tailoring the Management of Nonparasitic Liver Cysts. *Ann Surg.* 1998; 228: 167-172.
6. Lenriot, Jean Pierre, MD, Gigot, Jean Francois, Bile Duct Cysts in Adults. *Ann Surg.* 1998; 228: 159-166.
7. Okada, A., Higaki, J., Pancreatitis associated with choledochal cyst and other anomalies in childhood. *Br J Surg.* 1995; 82: 829-832.
8. Chaudhary, A., Ohar, P., Choledochal Cyst, Differences in children and adults. *Br J Surg.* 1996; 83: 186-188.