

QUISTE DE LAS VIAS BILIARES

Reporte de Dos Casos en Adultos

Warner Ramírez Avila*

Manuel Zeledón Pérez**

INTRODUCCION

Patología poco investigada en nuestro medio. En Costa Rica no existen reportes anteriores de Quistes Gigantes de Vías Biliares en el adulto. Aún en la literatura mundial encontramos que los niños y principalmente los recién nacidos, son objeto de los hallazgos congénitos (1-6-8-13-14). De ahí que exista tanta controversia en cuanto al quiste del adulto, con posibles etiologías combinadas de origen congénita y adquirida (2). Powell, Sawyers y Reynolds (14) al encontrar 5 casos en adultos, hacen una revisión en 1980. Yamaguchi de Tokio y citado por Powell (14) hace un análisis de 1433 casos, denominados por él como congénitos, después de una revisión amplia de la literatura japonesa. En la literatura inglesa Flaningan (4) después del reporte de 382 casos, entre 1975-1980 hace una clasificación que ha sido muy aceptada, sobretodo para la escogencia de la cirugía a realizar.

Dos tercios de los quistes reportados pertenecen a los japoneses (14) y lo que ha traído más confusión, es encontrar esas enormes masas en adultos asintomáticos o con mínimas molestias hasta el momento de solicitar atención médica. Aldrete (14) de Birmingham nos habla de un caso de 80 años, el caso más extraño por su edad.

Se comenta que esta patología no se había

reconocido suficientemente en el adulto y que con los métodos modernos y sofisticados de diagnóstico se ha comenzado a investigar mejor, dándose a entender que ha pasado desapercibida o se han hecho diagnósticos errados de su sintomatología en el pasado. (4-14)

MATERIAL Y METODOS

Nos pareció muy interesante haber encontrado dos casos de este tipo de patología de las vías biliares en dos adultos jóvenes. Por tanto hemos hecho una revisión de la literatura a nuestro alcance. Nos damos cuenta que son muy pocos los casos de quistes coledocianos en adulto. Además tratándose de enormes masas quísticas reportamos los resúmenes, con sus respectivas fotos, esquemas y comentarios.

Aprovechamos para reproducir la clasificación de Flaningan que nos parece la más didáctica y más propia para resolver la situación quirúrgica según el tipo hallado.

Comparamos nuestros resultados con los encontrados en la literatura y en especial nos identificamos mayormente con la investigación hecha por Powell et al (14) de St. Thomas Hospital, Nashville, Tennessee., por referirse especialmente al Quiste de Colédoco en el Adulto.

CLASIFICACION:

TIPO I. Saculares o Fusiformes. Dilatación por debajo de los conductos hepáticos y arriba de la posición intra-pancreática del colédoco.

TIPO II. Quiste en forma de divertículo. Aparece en la porción libre del colédoco pero puede presentarse en el segmento intra-pancreático.

* Cirujano de Emergencias del Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica

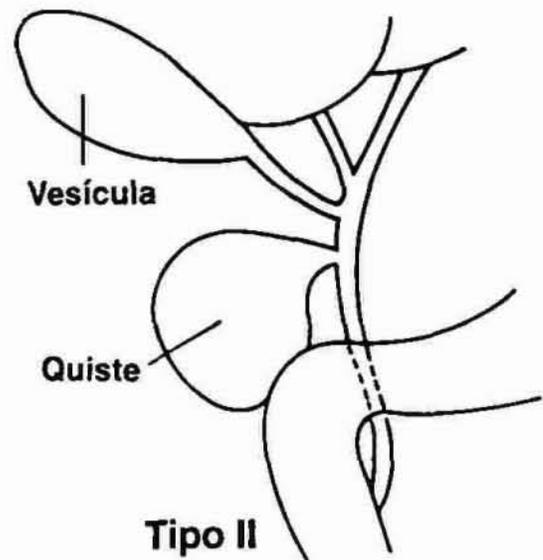
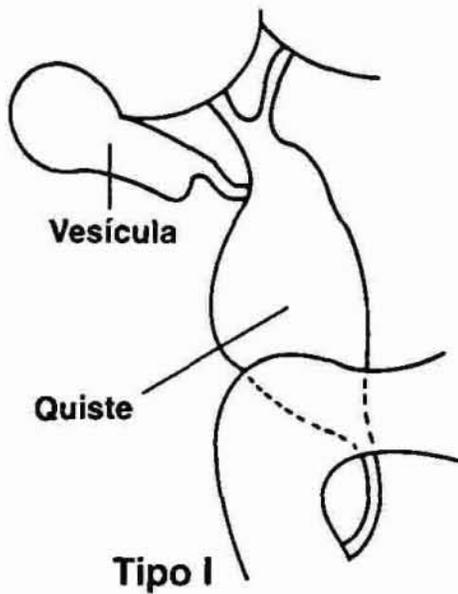
** Ex-Jefe de Cirugía Hosp. San Juan de Dios. Profesor Emérito de Cirugía. Universidad de Costa Rica - Escuela de Medicina.

TIPO III. Dilatación de la porción distal del colédoco y que se ubica dentro del duodeno. En ella desembocan: el conducto biliar y el conducto pancreático. Se conoce también con el nombre de coledococoele.

TIPO IV. Involucra vías biliares intra y extra hepáticas. Por tal motivo se le ha incluido dentro de la Enfermedad de Caroli. (3-15-17-18).

Quiste de Colédoco

Fig. I



Quiste de Colédoco

Fig. II

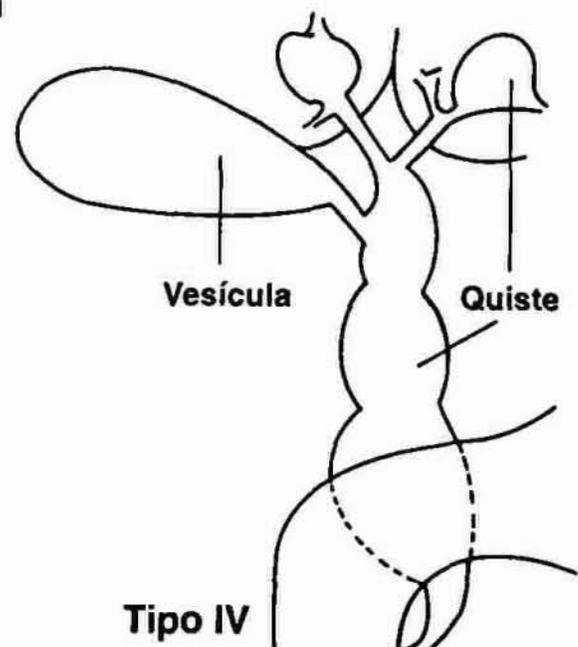
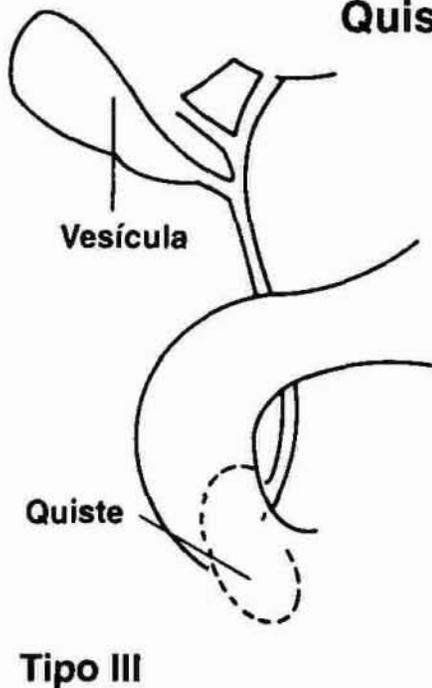
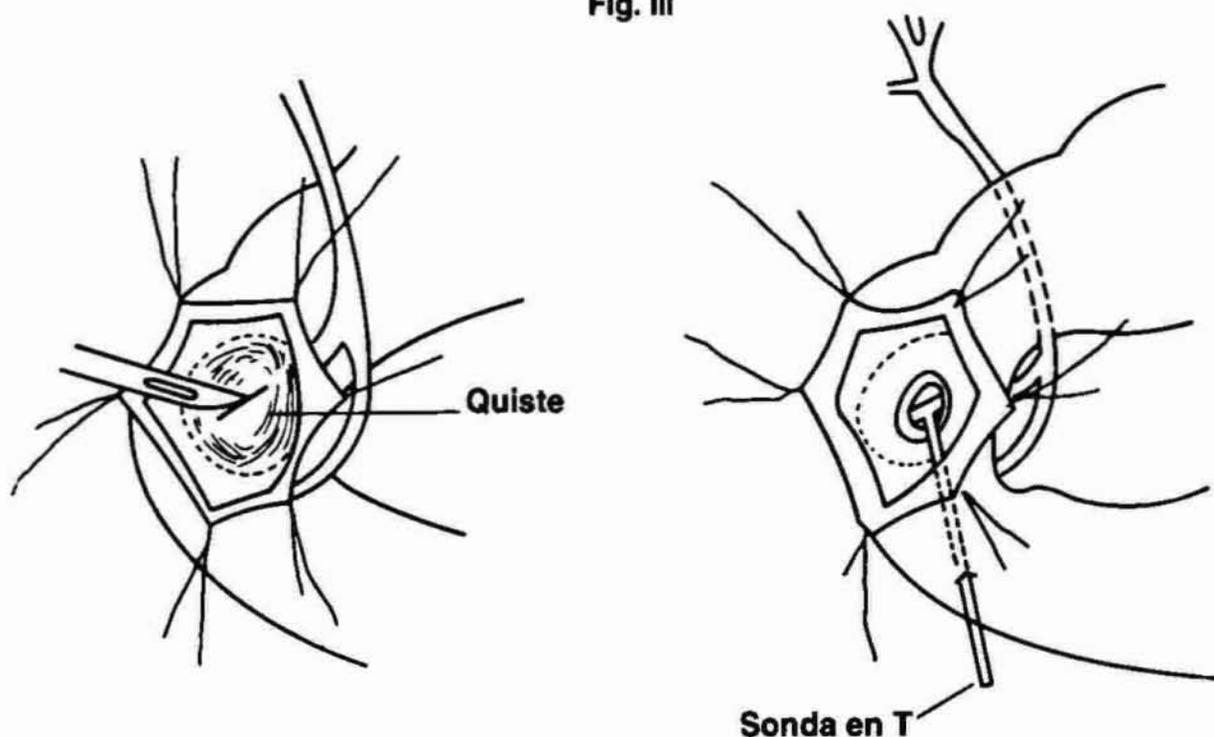


Fig. III



Duodeno - cistomía

Caso 1.

J. R. O. L. Exp. 608856. 28 años. Blanco. Se interna el 2 de abril, 1985 con antecedente de ictericia de 5 años antes que cedió al trat. méd. En esta ocasión se presenta con dolor intenso sobre el área hepática, fiebre con intensos escalofríos, ictericia con acolia y coluria. Masa hepática interpretada como hepatomegalia leuc. 14.200, B3, seg. 87, trans.: G.O. 132 u., G.P. 738 u., Bil.T. 11mm., D. 10.4 Ind. 0.6, Fosf. Alcal. 93. **Hallazgos Oper.:** Masa gigante quística colocada encima de la cabeza del páncreas teniendo como marco la primera, segunda y tercera porciones del duodeno, se punciona diagnósticamente y sale un líquido biliar muy claro, la masa involucraba por completo las vías biliares. Se practicó duodenotomía anterior y luego de catalogarla como quiste gigante del colédoco, se comunicó la cara post. del duodeno con el quiste (cisto-colédoco- anasto-

mosis). El estoma quedó de 3.5 a 4 cms. Se dejó una sonda en T como férula que se sacó al exterior por contra-insición, a la cara lateral del duodeno. En el post-oper. se documentaron los siguientes exámenes: 9 de abril 85 Centell. Hepato-bil.: Hepatopatía difusa. Ult. sonog. 29 de abril, 1985 (27 días desp. de la op.) Ligera Hepatomegalia. Dilatación de las vías Bil. Intra y Extr. hepát. Colédoco con quiste de 3.8 cm. Diecisiete días después de la operación presentó fiebre en picos durante 7 días que cedió al trat., medic. Serie Gast. D.: del 25 de abril 85: el quiste ha disminuído de tamaño y el material de contraste pasa bien por la anastomosis y hace reflujos a vías biliares. (Con maniobra de Trendelenburg)

El 13 de marzo de 1988. Se interna con ictericia, fiebre dolor. Se practica un U.S. y aparece con colelitiasis y coledocolitiasis. Gran

dilatación de Vías Biliares. Se exploran las vías Bil. Se reseca parcialmente el quiste, se colecistectomiza y se hace coledoco-duodeno-anastomosis. Buena evolución post-op.

El 16 de enero 89. Colangitis Ascendente que cedió con 3 días de trat. méd. Se aprovecha y se practica los sigu. estudios: Centellografía hepatobiliar: Hígado normal. Buena excreción en vías intra y extra-hepat.

Reporte de patología de la pieza duodenal: mucosa duodenal con inflamación aguda y monoplasma celular de corrión. Duodenitis aguda y crónica.

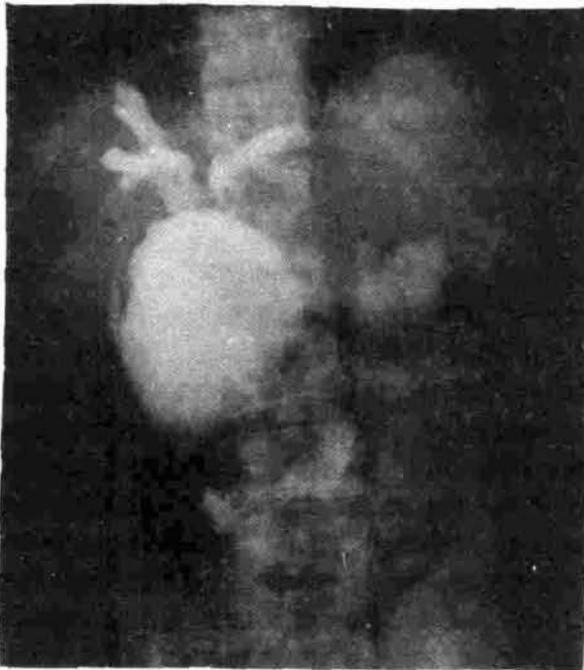


Foto 1: Caso 1. Colangio - cistograma post-operatorio por la sonda en T. Obsérvese la dilatación de los conductos biliares intra-hepáticos.

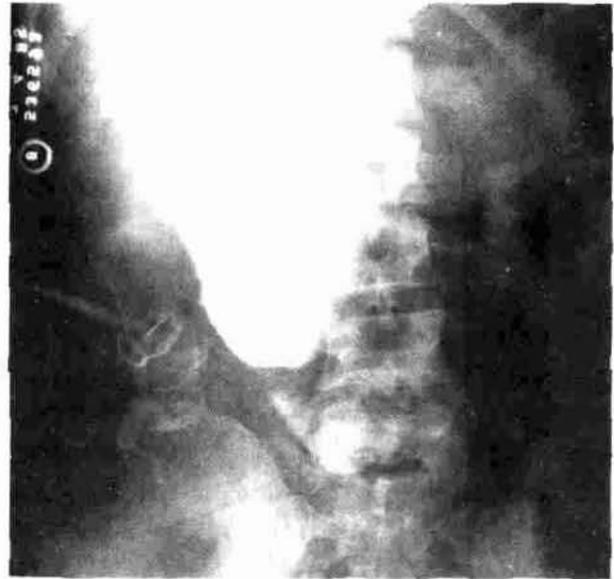


Foto 2: Caso 1. Colangio - cistograma post-cistoduodeno-anastomosis. Obsérvese el llenado de intestinos delgados.

Caso 2.

R.V.F. de 18 años. Blanco. Exped. 717428. Se interna el 29 de julio, 1986, procedente de Pérez Zeledón. Se anota que hace un año tiene dolor epigástrico constante, aumenta con la ingesta de grasas o carne. Hace 3 días fiebre y dolor en hipoc. der. Masa fluctuante en hipocondrio der. del abdomen. Ultrasonido: hígado aumentado de tamaño, lóbulo derecho con imagen de 15 cm. de diámetro, de contenido líquido, de paredes delgadas, que rechaza el riñón der., hacia atrás, dilatación de las vías biliares intra-hepáticas. Vesícula independiente del proceso. Leucoc. 5400. Fosf Alcal. 179.2 u. TSGO 33 u., TSPG 35. Es referido como probable absceso hepático. Se hace una nueva evaluación clínica de laboratorio y de gabinete. Centellografía: enorme área fotodeficiente en lóbulo der. del hígado, estructuras biliares intra-hepáticas muy dilatadas. Prot. T. 6.7, A. 3.8, G. 2.9. Ultrasonido: coincidiendo con el anterior pero reportado en esta ocasión como: prob. quiste gigante del

colédoco. Se opera encontrándose una masa gigante, quística que forma parte de la cara inferior del hígado y que rechaza todos los órganos hasta fosa iliaca derecha. El duodeno adherido transversalmente a la cara anterior de la enorme bula. Se practica duodenotomía anterior y se practica comunicación de la cara posterior del duodeno con el quiste. Se coloca una sonda en T en el estoma, se cierra el duodeno y a través de la sonda se practica cistografía tras-operatoria. se observa: quiste de colédoco, tipo IV, de 16 x 7 cms., enorme dilatación de vías biliares, buen paso de medio contraste a duodeno y conductos biliares. Se da por concluida la Cisto-duodenostomía. El líquido quístico fue reportado: color café verdoso, Erit. 200/mm³., otras células 10, Prot. 2.9 grm./dl. Cultivo neg. por bact.

Amilasa 2570 u. Post. op.: 14 días de estancia. Fiebre de 39° C. al 3er. día, de 38° C. al 8,9 y 10 días. Tiene un año y 7 meses de operado y no ha hecho colangitis, en ocasiones se ha quejado de sensación de llenura.

Reporte de patología; Bloque A. pared de quiste de colédoco 8 x 6 mm. Bloque B. Duodeno y páncreas. Mucosa duodenal de 15 x 5 mm. Histología fragmento A. Tejido fibroso sin revestimiento epitelial. Bloque B. Tejido pancreático y mucosa duodenal sin alteraciones patológicas.



Foto 3: Caso 2. Bolsa quística en colangiogram post-operatorio.

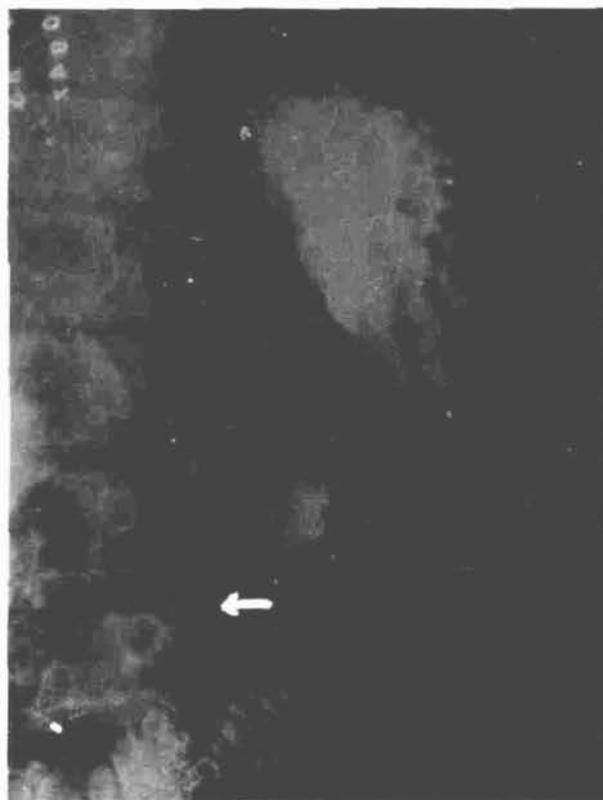


Foto 4: Caso 2. Papilla baritada, S.G.D., en estómago, duodeno y con paso al pequeño remanente de quiste.

COMENTARIO

Patología poco común en gente adulta en Costa Rica. Con sorpresa hemos encontrado dos casos, del sexo masculino, de raza blanca, de 18 y 28 años respectivamente; en ambos el hallazgo han sido enormes masas, catalogadas como gigantes por su magnitud; ocupaban casi todo el hemi-abdomen derecho. Ha sido difícil clasificarlas dentro de la clasificación Flaningan (4). Anatómicamente los dos casos han sido de grandes proporciones, involucrando: vías biliares, rechazando hacia adelante el duodeno en sus cuatro porciones; cabeza y cuerpo del páncreas hacia atrás y hacia la izquierda. Cara inferior del hígado adosada por completo a las bolsas quísticas. Por los colangiogramas hemos llegado a la conclusión de que las vías biliares intra-hepáticas también estaban comprometidas. Tales evidencias

nos han hecho ubicar esta patología dentro del grupo IV de Flanigan.

El drenaje interno de duodeno-cistostomía en nuestro primer caso, resolvió transitoriamente su evacuación y la colangitis ascendente. Tres años después volvió la colangitis, sumándose a nuevas dilataciones, cálculos biliares de vesícula y de los conductos dilatados. En esta ocasión se practica una colédoco-duodeno-anastomosis después de reseca gran parte de la bolsa quística. Todavía no sabemos si está resuelto el caso, pues 10 meses después se presentó con otra colangitis que cedió con éxito al tratamiento médico. Tiene 3 años de estar asintomático.

El segundo caso fue resuelto con duodeno-cistostomía -- drenaje interno --. La sonda en T en ambos casos se pasó por el "stoma" y se dejó dentro del quiste; constituye una válvula de seguridad hacia el exterior, (Fig. 3) también nos permite a través de los cisto-colangiogramas en posición del paciente en Trendelenburg, poder observar como se va colapsando la enorme bolsa quística. Este segundo caso ha tenido buenos resultados y hasta el momento ninguna recidiva de la fiebre bilioséptica de Chauffard.

RESUMEN

Se reportan los dos primeros casos de quistes gigantes del colédoco en Costa Rica. Nos sorprende encontrar esta rara patología en nuestro medio de población de adultos. Se revisa la literatura mundial. Los reportes de la literatura japonesa son abundantes en niños, pero no en adultos. Pensamos que los medios diagnósticos actuales han sido de gran beneficio para el diagnóstico de esta patología que otrora pasaba desapercibida. Comentamos nuestros resultados con las técnicas quirúrgicas empleadas y continuamos el seguimiento de los pacientes, para seguridad de ellos y para obtener más experiencia en este nuevo campo quirúrgico.

SUMMARY

We report the two first cases of choledochal giant cyst in Costa Rica. We are

surprised to find this strange pathology in Costa Rica environment and specially in adult people. We reviewed the world literature. The Japanese literature is extensive in children cases but we didn't find adult cases reported for them. We think that the technical diagnostic of the last few years has been of enormous help to find this pathology, hidden in the past. We comment our results with the surgical technics that we have made, we tried to have a close follow up of both cases, for security of the patient and try to improve in this new surgical field.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALONSO Lej, F. et al. Congenital Choledachal Cyst, with a Report of 2 and Analysis of 94 Cases. *Surg. Gyn. Obst. Int. Abst. Surg* 108:1, 1959.
- 2.- BABBID P., Stanshak R. J. Choledachal Cyst. A Concept of Etiology. *Am. J. Roentgenol.* 1973; 119:57
- 3.- CAROLI J., et al. La Dilatation Polykistique des Vois Biliares. *Intrahepatiques. Hosp. Paris* 34:488; 1958.
- 4.- FLANIGAN D. P. Biliary Cyst. *Am. Surg.* 1975; 182-635
- 5.- FONKALSRUD E. W. Surgical Pros and Cons. *Surg. Gynec. Obst.* 1978; 147:917
- 6.- GOSWITZ J. T. Perforated Choledachal Cyst with Bile Peritonitis in Infant. *Surg.* 1966; 59-878.
- 7.- ISHIDA Masanobu et al. Primary Excision of Choledachal Cyst. *Ped. Surg.* 68:884; 1970.
- 8.- KASAI M.; Usakura and Taira. Surgical Treatment of Choledachal Cyst. *Ann. Surg.* 1970, 172:844
- 9.- KLOTZ D. et al. Choledachal: Diagnosis and Therapeutic Problems. *J. Ped. Surg.* 1973; 8:271
- 10.- LILLY J. R. Total Excision of Choledachal Cyst, *Surg. Gynec. Obst.* 1979; 149:36.
- 11.- LILLY J. R. Surgical Pros and Cons. *Surg. Gynec. Obst.* 1978; 147:918
- 12.- LILLY J. R. The Total Treatment of Choledachal Cyst., *Surg. Gynec. Obst.* 1979., 149:36
- 13.- LONGMIRE William P. et al. Congenital Cyst. Disease of Liver and Biliary System of Surg. Vol 174:710; 1971.