CASO CLÍNICO

Quiste de Colédoco:
Informe de cuatro casos y revisión

Dr. Sergio Vélez Osejo, Dr. Carlos Figueroa López**, Dr. Ornar Mejia*'*

RESUMEN

El quiste de colédoco es una malformación congénita de las vías biliares manifestadas por dolor abdominal. El diagnóstico generalmente serealizapor ultrasonido abdominal. El tratamiento consiste en la resección del quiste y la reconstrucción de la vía biliar por medio de una hepato-yeyunostomía en Y de Roux.

El objetivo de éste trabajo es el reporte de cuatro casos de quiste de colédoco en niños, tratados en el Hospital Materno Infantil durante el año de 1993. en Honduras, y la revisión de la literatura.

Palabras claves: Quiste de colédoco, hepato-yeyunostomía en Y de Roux.

INTRODUCCIÓN

El quiste de **colédoco** es **una** patología rara descrita por **primera** vez en **1852** por Douglas **(1).** Alonzo **Lcj** y col. **(2) describió la primera** clasificación de los quistes de colédoco basados en su morfología, actualmente existen otras clasificaciones en base a los hallazgos colangiográfieos (3,4). La más aceptada es la descrita por Todani y col (4):

Tipo I: Dilatación fusiforme del conducto biliar común (78%)

Tipo II: Dilatación diverticular del conducto biliar común (2%)

Tipo **III:** Coledococéle (1.4%)

Tipo IV Dilatación biliar intra y extra hepática (18.9%)

Tipo V: Dilatación solo del árbol biliar intrahepático (Enfermedad de Caroli) ver figura **N° 1.**

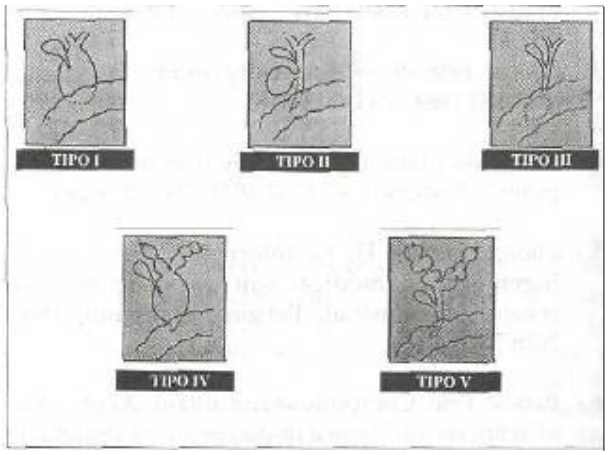


Figura N° 1: Clasificación cielos quistes de colédoco de acuerdo a su apariencia colangiográfica.

Cirujano Pediatra
Servicio de Cirugía Pediátrica
Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil.
Radiólogo Pediatra
Servicio de Radiología
Hospital Escuela Bloque, Materno Infantil.
Residente de Tercer año de Pediatría Hospital Escuela, Bloque **Materno Infantil**

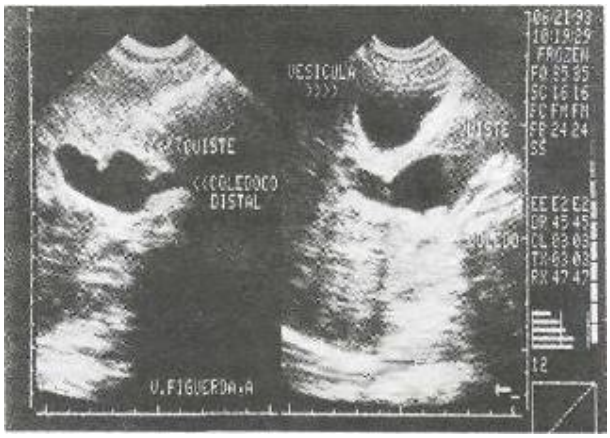
El quiste de colédoco es más frecuente en el sexo femenino en una relación de 3:1 y el 50% de los casos son diagnosticados en la primera década de la vida (5). La incidencia en Estados Unidos es de 1 por cada 13,000 ingresos hospitalarios y en Japón es de 1 por cada 300 ingresos hospitalarios, donde han sido descritos 2/3 de los casos reportados en la literatura. La triada clásica es la ictericia, masa y dolor abdominal, sin embargo ésta se presenta completa en menos de 33 % de los casos. El Ultrasonido es el método diagnóstico de elección (6,7). Actualmente la teoría más aceptada es la génesis del quiste de colédoco, es la del reflujo de enzimas pancreático biliares dentro del conducto biliar común debido a una desembocadura anómala del conducto biliar dentro del conducto pancreático, que conlleva a una inflamación, fibrosis y dilatación del colédoco (8,910,11).

El tratamiento es siempre quirúrgico y para los quistes Tipo I y IV que representan más del 90% de los casos es la resección del quiste más una hepato-yeyunostomía en Y de Roux (12, 13,14, 15,) y para el Tipo **[II** es la incisión y drenaje endoscópico (14,16). El objetivo del siguiente trabajo es el reporte de cuatro casos de esta patología en niños.

CASOS REPORTADOS:

Caso 1: J.R.M., masculino, 7 años de edad, procedente deComayagüela,mestizoconanteccdentcdc 5 episodios de ictericia y dolor abdominal, siendo el ultimo episodio hace 2 años, Referido al Hospital Escuela, bloque Materno Infantil por sospecha de anemia hemolítica la cual es descartada. El ultrasonido abdominal reporta un quiste de colédoco de 11 x 7.8 x 7.5 cms, se hace laparotomía exploradora, encontrando un quiste de colédoco Tipo I de iguales dimensiones a las descritas ultrasonograficamente, Colangiografía transoperatoria muestra una dilatación fusiforme del conducto biliar común con una desembocadura anómala del colédoco en el conducto pancreático. Se le efectuó una resección del quiste, colecistectomía y una reconstrucción de la vía biliar a través de una hepato-yeyunostomíacny de Roux, sin complicaciones, Biopsia hepática reportó tejido **normal.**

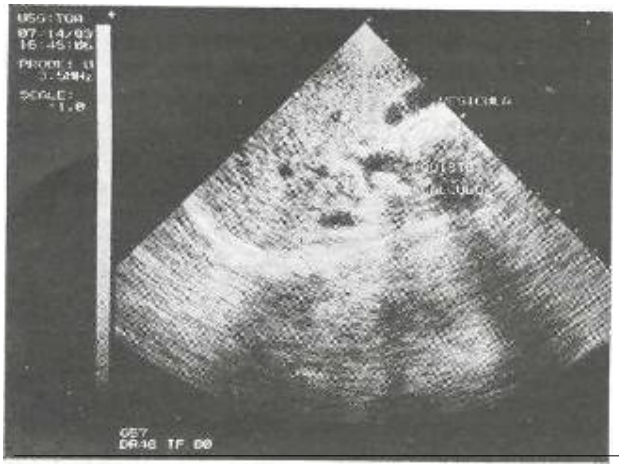
Caso 2: B V.M. masculino, 8 años de edad, procedente de Langue, Valle. Con cuadro de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, recurrente, acompañado de ictericia y vómitos de contenido biliar desde los 3



Fotografía N° 1: Ultrasonido que muestra un quiste de colédoco con litos en su interior.

años de edad. Un estudio de ultrasonido abdominal realizado en la ciudad de Choluteca por sospecha de colédocolitiasis encuentra un quiste de colédoco de 8 x 8 x 6 cms con litos en su interior (ver fotografía N^{c} 1). Es remitido al Hospital Escuela, bloque Materno infantil, donde se le realiza una laparotomía exploradora, encontrando un quiste de colédoco de iguales dimensiones a las descritas ultrasonograficamente con múltiples litos en su interior. Colangiografía transoperatoria demuestra un quiste de colédoco Tipo I, con una desembocadura anómala del colédoco dentro del conducto pancreático. Se hace resección total del quiste y de la vesícula biliar, y se reconstruye la vía **biliar** con una hepato-yeyunostomía en Y de Roux. Biopsia hepática reporta tejido normal. Evolucionó sin complicaciones 6 meses después está asintomático.

Caso 3: L.M.N. femenino, 2 años, procedente de Limón, Colón. Con cuadro desde el año de edad manifestado con ictericia intermitente dolor y tumoración abdominal en el cuadrante superior derecho. Ultrasonido abdominal reporta un quiste de colédoco de 10 x 9 x 8.5 cms. Es sometida a una laparotomía exploradora encontrando un quiste de colédoco gigante, no se reseca el quiste, ni la vesícula biliar y se hace un drenaje interno del quiste por medio de una cistoduodeno-anastomosis, Presentando posteriormente múltiples episodios de colangítis cada 2 meses que ameritaron hospitalización y manejo con antibióticos. Ultrasonido de control muestra quiste de colédoco de 4.1 x 3.8 cms con litos en su interior (ver fotografía 2) Es reintervenida a Ios5años de edad efectuándole una resección total del quiste,

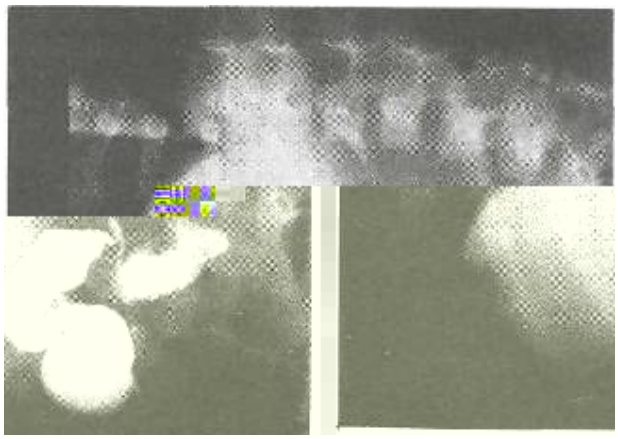


Fotografía N^{Q} 2: Ultrasonido de vías biliares que muestra quiste de colédoco con litos en su interior.

colecistectomía y una reconstrucción de la vía biliar a través de una hepato-yeyunostomía en Y de Roux, la colagiografía transoperatoria mostró una dilatación intra y extra hepática del árbol biliar (quiste de colédoco Tipo IV), (ver fotografía 3). Biopsia hepática reporta cirrosis, Evolucionósincomplicaciones.Seismesesdespuésestá asintomático.

Fotografía N° 3: Colangogeografía transoperatoria que muestra una dilatación délas vías biliares intrayextrahepá ticas (quiste de colédoco Tipo IV).

Caso 4: M.F.R. Femenino, 18 meses, procedente de Tegucigalpa, D.C., acude a hospital privado por cuadro de 24 horas de evolución manifestado por dolor abdominal Tipo cólico y vómitos de contenido gástrico, posteriormente porráceos. Sin antecedentes de ictericia o dolor abdominal ingresado por, sospecha de invaginación intestinal la cual es descartada por un enema balitado de colon. Por Glicemia de 450 mg/dl e Hiperamilasemia de 380 U/L (valor normal de 60 -120 U/L) se cataloga como una pancreatitis aguda. Evoluciona hacia un cuadro de abdomen agudo, el ultrasonido abdominal reporta hígado, vías biliares y páncreas normal, abundante líquido libre en cavidad abdominal, esofagogastroduodenoscopía normal, no ulcera gástrica ni duodenal. Se realizó una laparotomía de urgencia y se encontró un biliperitoneo con una peritonitis biliar, secundaria a un quiste de colédoco roto. Se hace únicamente una derivación externa del quiste a través de un tubo en T. A los 7 días se hace una colangiografía por el tubo en T demostrando un quiste de colédoco Tipo I con una desembocadura estrecha y anómala del colédoco en el conducto pancreático (ver fotografía 4). Tres meses después se le efectuó una resección total del quiste, colecistectomía y una reconstrucción de la vía biliar a través de una hepato-yeyunostomía en Y de Roux. Biopsia hepática y pancreática reportan tejido normal. Nueve meses después está sintomática.



Fotografía N°4: Colangiografía a través del tubo en T que muestra una dilatación fusiforme del colédoco (Tipo I) con una desembocadura anómala y estrecha del conducto biliar común en el conducto pancreático.

DISCUSIÓN

El quiste de colédoco es una condición quirúrgica rara, pero importante.

Los quistes que no son tratados están asociados con severas complicaciones:

- Formación de cálculos (5)
- Cirrosis biliar e hipertensión portal (22)
- Pancreatitis (23)