

Quistes de Colédoco: un diagnóstico inadvertido. Serie de casos

Autores R Monserat,* Y Martínez,** M Guzmán,** A Sánchez*

Instituciones Centro Médico de Caracas*, Clínica de Prevención del Cáncer**

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2011; 65 (2): 114-116. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Yolette Martínez. Médico Gastroenterólogo. Centro Médico de Caracas. Caracas, Venezuela.

Correo-e: ycnar@gmail.com

Fecha de Recepción: Sep. 2010 Fecha de Revisión: Oct. 2010 Fecha de Aprobación: May. 2011

Resumen

Las lesiones quísticas de vías biliares, constituyen una entidad, que rara vez se observa o diagnostica en el adulto. El motivo de este trabajo es mostrar la experiencia de un centro de referencia biliopancreática en el diagnóstico y tratamiento de quistes de colédoco. Usamos la clasificación de Todani para la descripción de los mismos. Fue un estudio Descriptivo y Retrospectivo con 502 colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas y de ellas 20 casos de quistes de colédoco identificados mediante colangiografías de alta calidad.

Palabras Clave: Quistes de Colédoco, Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica.

Summary

Cystic lesions of the bile ducts constitute an entity that is rarely seen or diagnosed in adults. The purpose of this study is to show the experience of a biliopancreatic referral center in the diagnosis and treatment of choledochus cysts. The Todani classification was used to describe them. It was a retrospective, descriptive study of 502 endoscopic retrograde cholangiopancreatographies and of these 20 cases of choledochal cysts were identified by high-quality cholangiographies.

Key words: Choledochal cysts, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography.

Introducción

Los quistes del colédoco son una patología con baja frecuencia cuya primera descripción data de 1723, año en que Vater documentó la dilatación fusiforme del colédoco (**Figura 1**).

Su etiología sigue siendo tema de discusión; Douglas en el siglo pasado sugirió que la etiología era secundaria a una debilidad congénita del colédoco.

En 1969 Babbitt propuso la teoría del canal común que encierra una configuración anómala de la unión biliopancreática en la cual el conducto pancreático desemboca en el colédoco en un ángulo anormalmente proximal a la ampolla de Vater, permitiendo el reflujo de enzimas pancreáticas al colédoco, principalmente tripsina, con el consecuente daño de la pared de éste durante el desarrollo uterino.¹

Todani ha comprobado dicha anomalía en 65 a 80% de sus pacientes, con clasificación de los mismos de acuerdo a los segmentos de la vía biliar involucrados.²

Materiales y Métodos

Diseño: Descriptivo y Retrospectivo

Hospital: Centro Médico de Caracas

Pacientes:

Se revisaron los datos de 502 pacientes a los cuales se les practicó CPRE entre enero de 2005 y marzo de 2010.

La indicación para practicar la CPRE fue:

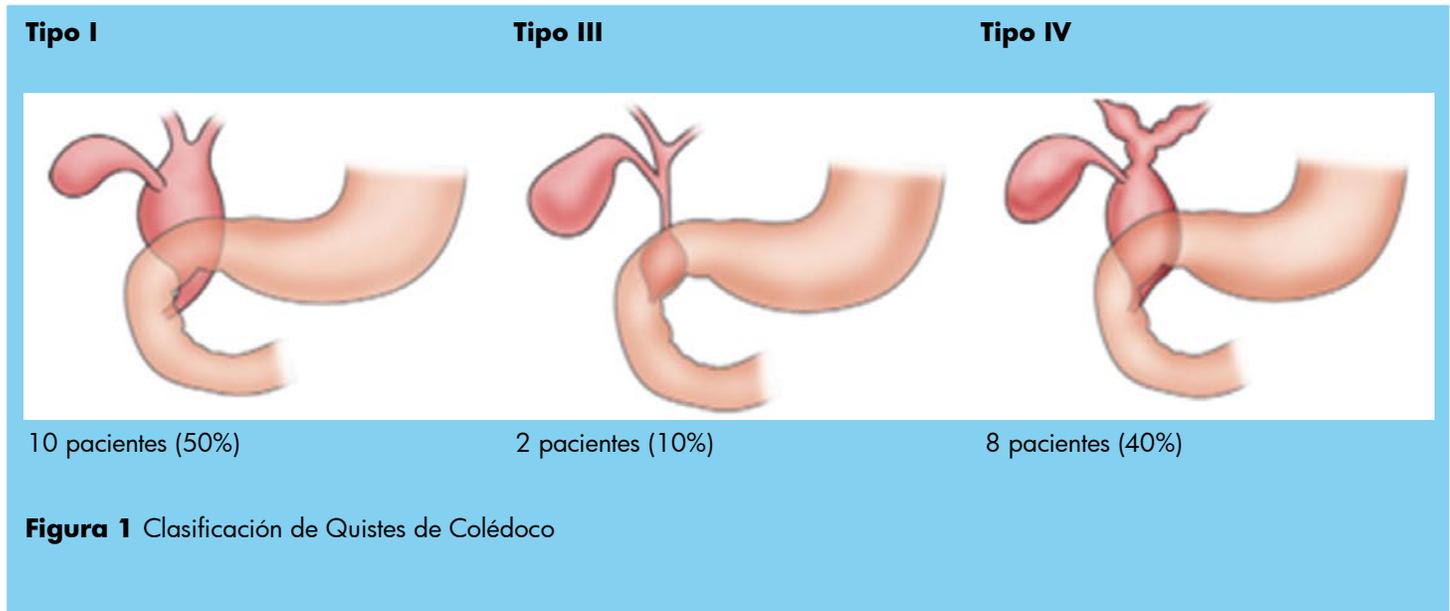
- Dolor Abdominal

- Dilatación de Vías Biliares
 - Ictericia
 - Colangitis Aguda
 - Pancreatitis a repetición
 - Alteración de la bioquímica hepática
- La edad de los pacientes osciló entre 17 y 86 años.

Resultados

En 502 CPRE practicadas se hizo el diagnóstico de quistes de colédoco en 20 pacientes (3,98%).

De acuerdo a la Clasificación de Todani, el diagnóstico fue el siguiente:



Los 20 pacientes con diagnóstico de quiste de colédoco estuvieron distribuidos por sexo: 14 (70%) sexo femenino y 6 (30%) sexo masculino. Las indicaciones para CPRE: 2 (10%) ictericia, 2 (10%) con ictericia y dolor, 3 (15%) con dilatación de colédoco y vías biliares intrahepáticas, 2 (10%) con alteración bioquímica, 4 (20%) con antecedente de pancreatitis (uno de ellos ya con exploraciones de imágenes que mostraban coledococelo) y 7 (35%) coexistieron con coledocolitiasis. Durante la exploración endoscópica, a todos los pacientes, salvo al que se le diagnosticó coledococelo, se les realizó esfinterotomía y de acuerdo al hallazgo, se acompañó de extracción de cálculos, colocación de 1 – 3 endoprótesis y 1 caso extracción de áscaris. Es importante recalcar que salvo el caso de coledococelo, el diagnóstico de quistes de colédoco se realizó durante la CPRE, por lo que el hallazgo modificó la conducta terapéutica.

Discusión

Los quistes de colédoco pueden presentarse a cualquier edad, variando la sintomatología desde cuadros indistinguibles de la atresia biliar a dolor, ictericia² y masa intraabdominal³ como triada clásica en la infancia, no así en la edad adulta, donde el diagnóstico se establece de forma definitiva con la CPRE, ya que los pacientes son referidos con sospecha clínica en su mayoría por coledocolitiasis. Para establecer diagnóstico es fundamental la sospecha clínica, la ecosonografía es de gran utilidad siendo capaz de identificar quistes de colédoco en la etapa intrauterina, la tomografía computada, así como la resonancia magnética con

efecto colangiográfico puede ayudar a valorar la extensión biliar intra y extrahepática.^{4,5} La Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica y la terapéutica basada en la descompresión del flujo biliar, dilatación de la(s) estenosis, inserción de stents y esfinterotomía.

El tratamiento de los quistes de colédoco es esencialmente quirúrgico independiente de la edad de presentación, excepto en los casos de coledococelo (tipo III) donde el método de elección es CPRE,^{6,8} siendo innecesario el seguimiento a largo plazo.⁹

En la literatura venezolana, el Dr. Navarro Martínez y colaboradores presentan un caso con la triada clásica de dolor, ictericia y tumor intraabdominal tratado quirúrgicamente y hacen una revisión hasta el año 1986 donde se habían reportado 25 casos de quistes de colédoco 11 de ellos en adultos, siendo la mayor frecuencia los quistes de colédoco tipo I y tratados quirúrgicamente.¹⁰ En el año 1989 el Dr. Moises Guelrud reportó 11 niños diagnosticados por CPRE. Para 1996 se publica en GEN un estudio de 13 pacientes en Hospital Oncológico Padre Machado (HOPM) diagnosticados por CPRE, la mayoría tipo I y de sexo femenino con tratamiento quirúrgico y seguimiento promedio de 2 años, sin evidencia de malignidad.¹¹ El motivo de consulta fue dolor abdominal en 92% de los casos, ictericia en 30%, fiebre en 8% y asintomáticos en 8%, con tiempo de evolución de 3 meses a 15 años. Para el momento del diagnóstico 5 pacientes (38,4%) presentaban litiasis coledociana.¹¹

En la Unidad Bilio-Pancreática de Centro Médico de Caracas, el cual es centro de referencia, en un período de 5 años (2005 al 2010) de 502 CPRE, 3,98% (20 pacientes) se les realizó el

diagnóstico de quistes de colédoco, la mitad de los mismos representados por quistes tipo I coexistiendo en 35% con la presencia de coledocolitiasis, todos fueron hallazgos incidentales ya que los pacientes fueron referidos por antecedente de pancreatitis, ictericia obstructiva, sospecha de coledocolitiasis o alteración de bioquímica hepática. De esta experiencia uno de los elementos aprendidos ha sido que la adecuada plenificación de las vías biliares ha contribuido al reconocimiento de los quistes de colédoco, ya que si se limita a la identificación de litiasis y su ulterior tratamiento, sin una adecuada visión anatómica del tracto biliar el diagnóstico puede pasar inadvertido.



Figura 2 COLEDOCOCELE CON LITIASIS



Figura 3 QUISTE DE COLEDOCO TIPO I CON ASCARIS

Conclusión

Las lesiones quísticas de vías biliares constituyen una entidad poco frecuente en el adulto y poco conocida por los endoscopistas, por lo cual es importante obtener colangiografías de muy buena calidad para evitar subdiagnosticar los quistes de colédoco y plantear la conducta terapéutica adecuada.

Referencias Bibliograficas

1. Miyano T, Yamataka A. Choledochal cysts. *Curr Opin Pediatr* 1997;9:283-288.
2. Todani T, Urushihara N, Morotomi Y, et al. Characteristics of choledochal cysts in neonates and early infants. *Eur J Pediatr Surg* 1995;5:143-145.
3. de Vries JS, de Vries S, Aronson DC, et al. Choledochal cysts: age of presentation, symptoms, and late complications related to Todani's classification. *J Pediatr Surg*. 2002 Nov;37(11):1568-1573.
4. Stringer MD, Dhawan A, Davenport M, et al. Choledochal cysts: lessons from a 20 year experience. *Arch Dis Child*. 1995; 73:528-531.
5. Shaffer E. Can MRCP replace ERCP in the diagnosis of congenital bile-duct cysts? *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2006 Feb;3(2):76-77.
6. Park DH, Kim MH, Lee SK, et al. Can MRCP replace the diagnostic role of ERCP for patients with choledochal cysts? *Gastrointest Endosc* 2005 Sep;62(3):360-366.
7. Geenen JE. Choledochoceles: endoscopic diagnosis and treatment. In: GNJ Tytgat and K Huibregtse (eds), *Bile and bile duct abnormalities*, Thieme, New York (1989):72-78.
8. Martin RF, Biber BP, Bosco JJ, et al. Symptomatic choledochoceles in adults: endoscopic retrograde cholangiopancreatography recognition and management. *Arch Surg* 1992;127:536-539.
9. Ladas SD, Katsogridakis I, Tassios P, et al. Choledochoceles, an overlooked diagnosis: report of 15 cases and review of 56 published reports from 1984 to 1992. *Endoscopy* 1995;27:233-239
10. Navarro Martinez, José; Gandarela, Benigno; Salazar, Alfonso; Campos, Angel. Quiste de Colédoco. Presentación de un caso. *Gen*; 41(3): 104-7, jul - sept. 1987
11. Baptista Alberto, Hernández Katuska, Ojeda Ingrid, Monserat Raúl, Gumina Cono, Isern Anna María, Fernández Carmen, Salamanca Martha, Fonseca Alba. Quistes de Colédoco: formas de presentación y manejo. *Gen*; 50(4): 240-42, oct - dic. 1996.