

Dilema en el diagnóstico de quiste de colédoco. Reporte de un caso

Autores A. Arrieta, A. Manzano, D. Navarro, R. Durango.

Institución Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño". I.V.S.S., Caracas. Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2011; 65 (3): 237-239. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Analy Arrieta. Médico Residente. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño". I.V.S.S., Caracas. Venezuela.

Correo-e: draanalycaty@hotmail.com

Fecha de Recepción: Sep. 2010 Fecha de Revisión: Ago.2011 Fecha de Aprobación: Ago. 2011.

Resumen

El quiste de colédoco es una malformación congénita de las vías biliares poco común, que suele presentarse en la infancia. La triada clásica de ictericia, masa y dolor abdominal no siempre esta presente. **Caso clínico:** escolar femenina de 9 años, con Pancreatitis Aguda de evolución tórpida, ecosonograma abdominal inicial sin alteraciones, y diagnóstico no concluyente de Colecistitis crónica o Colangitis alitiásica por tomografía abdominal y colangiografía, respectivamente. Referida para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, estudio que fue omitido por ecosonograma abdominal control sugestivo de Quiste de colédoco. Se solicita nueva colangiografía, que no visualiza quiste y reporta dilatación de hepatocolédoco y colédoco terminal de aspecto afinado. Se mantiene conducta expectante. La paciente permanece asintomática, con reevaluación 3 meses después. El ecosonograma abdominal revelo: dilatación fusiforme del colédoco en toda su extensión, hallazgo compatible con quiste de colédoco tipo I. Se realiza resección del quiste, con buena evolución clínica. Se concluye que el uso de estudios por imágenes no invasivos son de utilidad en la evaluación hepatobiliar en niños, y el ultrasonido abdominal continua como método de elección para esta patología.

Palabras clave: Quiste de colédoco, Ecografía abdominal, Colangiografía, Pancreatitis aguda.

Summary

Choledochal cyst is a congenital malformation of the bile ducts rare, usually seen in childhood. The classic triad of jaundice, abdominal mass and pain is not always present. **Case report:** A school girl of nine years, with Acute Pancreatitis torpid, unaltered initial abdominal ultrasound, and no conclusive diagnosis of chronic cholecystitis or acalculous cholangitis abdominal and from magnetic resonance tomography, respectively. Referred for endoscopic retrograde cholangiopancreatography, a study that was omitted from control abdominal ultrasound suggestive of choledochal cyst. New requested from magnetic resonance, which displayed no reports cyst and bile duct dilation and terminal hepatocolédoco related aspects. Expectant management is maintained. The patient remains asymptomatic, with reassessment 3 months later. The abdominal ultrasound revealed: fusiform dilatation of the bile duct in its entirety, a finding compatible with type I choledochal cyst Resection was performed, the cyst, cholecystectomy and reconstruction of the bile duct through a hepato-jejunostomy Roux en Y no complications. Liver biopsy reported normal tissue. We conclude that the use of noninvasive imaging tests such as ultrasound is the method of choice due to its sensitivity to determine the presence of cyst and to demonstrate the anatomy of the pancreatic duct.

Key words: Choledochal cyst, Ultrasound, From magnetic resonance, Acute pancreatitis.

Introducción

El quiste de colédoco (QC) es una malformación congénita rara, y representa un complejo formado por la dilatación quística del árbol biliar generalmente asociado a un canal biliopancreático anómalo en ausencia de función esfinteriana,¹ puede afectar la vía biliar principal intra y extrahepática e incluso al parénquima hepático. El quiste del conducto colédoco fue descrito por primera vez por Vater en 1723 y reconocido como una entidad clínica por Todd en el año 1818 y Douglas en 1852.²

El diagnóstico de esta patología se realiza principalmente en infantes y niños, y se señala en la literatura mundial que aproximadamente el 20 a 30% de los casos se descubren en la edad adulta.³ En general, el 40% se diagnostica antes de los diez años, y el 50% antes de los 14 años de edad. Existe una predominancia del género femenino en una relación de 3:1 y una inexplicable frecuencia aumentada en asiáticos.^{4,6,18}

Se divide en 6 tipos según la clasificación de Alonso Le establecida en 1954 y modificada por Todani en 1977, que se basa en hallazgos colangiográficos.^{9,10,12} Actualmente por su implicación en la patogenia, se recomienda clasificarlos dependiendo de la presencia o no de una unión anómala del conducto biliopancreático (PBMU). De esta manera, quedarían catalogados como:^{7,10,15}

- Quiste de colédoco con PBMU: dilatación quística, dilatación fusiforme y PBMU sin dilatación biliar.
- Quiste de colédoco sin PBMU: divertículo quístico del conducto biliar, divertículo del conducto biliar distal (coledococoele).
- Dilatación exclusiva de la vía biliar intrahepática o Enfermedad de Caroli.

La tríada clínica se caracteriza por dolor abdominal, ictericia y masa palpable.^{1,3} No obstante, solo un 20% de los pacientes afectados la desarrolla, la mayoría presenta alguno de los síntomas de forma aislada.¹⁴ Además, se observa variación de la sintomatología de acuerdo a la edad.^{3,5} Las complicaciones que se presentan son la litiasis vesicular, estenosis del conducto, colangitis ascendente, pancreatitis recurrente, ruptura del quiste con la formación secundaria de peritonitis biliar, cirrosis biliar, hipertensión portal o evolucionar a colangiocarcinoma.^{2,11,12}

El diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica y con la ecografía abdominal, se logra hasta el diagnóstico del 92% de los casos de malformaciones quísticas de la vía biliar. (14,15). Existen otras técnicas como son la Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) y la La colangiografía magnética (CRM) de utilidad en el diagnóstico preoperatorio. El tratamiento siempre es quirúrgico, donde se realiza la exéresis del quiste y hepatoyeyunostomía en Y de Roux.^{17,19,20}

Caso Clínico

Paciente femenina de 9 años, quien es referida del Hospital Central de Maracay en Noviembre del 2009 a nuestra Unidad para realización de una CPRE, por haber presentado una Pancreatitis aguda y hospitalizada durante un mes. Inicio su enfermedad un mes antes de su ingreso a nuestro centro, caracterizada por dolor abdominal localizado en epigastrio y vómitos de contenido

alimentario. Los exámenes de laboratorio a su ingreso revelan elevación de amilasa y lipasa, y es tratada como una Pancreatitis Aguda. Se le solicita ecosonograma abdominal 02/09/2009 no reveló alteraciones. Se le solicita TAC de Abdomen 05/09/2009 que muestra, signos sugestivos de colecistitis crónica asociado a líquido perivesicular que se extiende hacia el espacio hepatorenal y corredera parietocólica derecha. Ectasia del conducto de Wirsung y dilatación del colédoco retropancreático. Por los resultados, se ordena una CRM 15/09/2009 que reporta: hepatomegalia grado I, dilatación del confluente biliar y conducto colédoco, que mide en su segmento proximal 20,00 mm termina en "punta de lápiz". Colangitis, barro biliar, no evidencia de litiasis intracanalicular; ectasia del conducto de Wirsung segmento distal, modificaciones inflamatorias difusas de glándula pancreática, conservando plano de clivaje. Concluye: Colecistopatía litiasica y Pericolecisto.

A su ingreso a nuestro servicio el 10/11/2009 la paciente se encuentra asintomática y se realiza ecosonograma abdominal 11/11/2009 que concluye: Dilatación fusiforme del colédoco, vesícula de aspecto post-prandial no evaluable. Páncreas sin alteraciones en su ecoestructura. Se decide solicitar una nueva CRM 17/11/2009 se describen los siguientes hallazgos: dilatación del conducto hepático común (10,0 mm). Sin embargo, no se relaciona con dilatación del conducto colédoco. Se plantea posible dilatación secuelar cuando se compara con estudio previo. Se omite solicitud de CPRE.

La paciente es egresada, y se mantiene control ambulatorio con conducta expectante. Tres meses después se solicita nuevo ecosonograma abdominal 03/02/2010 que revela: vías biliares con dilatación fusiforme del colédoco en toda su extensión, midiendo 5 mm en su porción proximal, 10 mm en su porción media y 7 mm a nivel retroparietal. No hay dilatación de las vías biliares intrahepáticas. Hallazgos compatibles con Quiste de Colédoco tipo I. Se indica otro control con CRM 10/02/2010 que no muestra imagen compatible con quiste de colédoco, pero se aprecia cierta dilatación hepato-coledóco que alcanza 11 mm de diámetro. Vesícula sin alteraciones. Colédoco terminal aspecto afinado. Páncreas sano. Se decide evaluación por el Servicio de Cirugía Pediátrica, y se programa intervención quirúrgica. Se realiza extirpación completa del quiste de colédoco con colecistectomía, hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, se toma biopsia hepática. El resultado de anatomía patológica fue: quiste de colédoco y tejido hepático normal. La evolución ha sido satisfactoria.

Discusión

El QC se presenta principalmente en niños. Es una malformación infrecuente del árbol biliar, siendo este el segundo caso reportado en 10 años en nuestra Unidad. Se estima una incidencia en la población occidental de 1 en 100.000 a 150.000 recién nacidos.²⁶ Así como lo reporta la literatura, el dolor abdominal fue el síntoma predominante en la paciente, lo cual puede ocurrir por compresión directa del quiste sobre el conducto pancreático, y ocasionar la pancreatitis que presentó la paciente.

Se plantea en este caso el dilema del diagnóstico, motivado a la diversidad de reportes con los estudios por imágenes solicitados.

Se describe una sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico de QC entre 71% y 97%,²⁷ la ventaja es no ser invasivo de bajo costo, pero operador dependiente. Pudiese ser superado con el ultrasonido endoscópico que permite una buena visualización de la porción intrapancreática del colédoco,²⁸ con la limitante del grosor del equipo.

La TAC de abdomen es utilizada para demostrar la continuidad del quiste con el árbol biliar, y superior a la ecografía en las imágenes de los conductos biliares intrahepáticos, el conducto biliar y pancreático distal.²⁸ Por lo que para el tipo de QC detectado en la paciente no represento mayor ayuda, con una sensibilidad del 93%.

La Tac de Abdomen, la CPRE y la Colangiopancreatografía RM son estudios de gran utilidad para demostrar la anatomía del colédoco, del conducto pancreático y de la unión de ambos, además de las vías biliares intrahepáticas; En nuestro caso la Ecosonografía Abdominal fue decisiva para el diagnóstico y planificación de la intervención aparte de ser un estudio no invasivo y con elevada sensibilidad.

El tratamiento quirúrgico de elección, es la resección del quiste y la anastomosis biliodigestiva. Las derivaciones del quiste como opción quirúrgica no se recomiendan actualmente por su asociación con cáncer de vía biliar y vesícula y con episodios de colangitis y pancreatitis.

Los pacientes con quiste de colédoco requieren seguimiento periódico estrecho de por vida, sobre todo en los tipo I, ya que el riesgo de colangiocarcinoma aumenta con los años. Resectar el quiste por completo reduce este riesgo, pero no lo evita del todo.

Actualmente se propone el ecosonograma abdominal debido a su gran sensibilidad para determinar la presencia de quiste y demostrar la anatomía del conducto pancreático y ser una técnica no invasiva.^{6,14,18,19,20}

Referencias Bibliográficas

- Iwai N, Yanagihara J, Tokiwa K, et al. Congenital choledochal dilatation with emphasis on pathophysiology of the biliary tract. *Ann Surg* 1992;215:27-30.
- Fernández, Morales, Abad De Castro S. y col.: Quistes de colédoco en adulto.- *Cirugía Española*, Abril de 1998;63,4;309-11.
- Flanigan, 1975; Todani et. al., 1977; Yamaguchi, 1980; Vanderpool et al., 1988; Orozco et al., 1989.
- Karrer Fm et al. Congenital biliary tract disease. *Surgical Clinics of North America*. Vol 70. N 6. December 1990.
- Cano Novillo J et al: Ictericia en un lactante. *An Esp Pediatr* 1996; vol 45, # 4:444-445.
- O'Neill J. Choledochal cyst. *Pediatric surgery of the liver, pancreas and spleen*. W.B. Saunders Company Philadelphia. 93-105, 1991.
- Miyano T, Urao M, Yamataka A. Choledochal Cyst. *Pediatric Surgery* 2006;19:33-38.
- Alonso LJ. Et al: Congenital Choledochal Cyst with report of 2 and analysis of 94 casos. *Surg Gynecol Obstet. Int Abstract Surg* 1959;108:1-30.
- Todani T et al: Congenital bile duct cyst. *Am J Surg* 1977;134:263-9.
- Todani T, Wanatabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajuma K. Congenital bile duct cyst. Classification, operative procedures and review of thirty – seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1978;134:263-9.
- Florent Ch, Florent M. Flourie B. Les kistes du choledoque. *Med Chir Dig* 1986;15:405- 408.
- Todani T, Watanabe Y. Carcinoma arising in the wall of congenital bile duct cyst. *Cancer* 1979;44:1135-40.
- Suita et al. Influence of age on the presentation and outcome of choledochal cyst. *Journal of Pediatric Surgery*, 1999;34:1765-1768.
- JJ Vila – Carbo y cols. Nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento del quiste de coledoco. *Cir Pediatr* 2006;19: 33-38.
- Pereira N, Benavides J, Espinoza Carolina, Rostion C. Choledochal cyst in Pediatrics: A Review of the Literature. *Rev Ped. Elec*. 2007, vol 4 N 3.
- García – Cano J, Godoy MA, Gomez Ruiz CJ, Sanchez – Manjavacas N, Perez Sola A. Small size choledochoceles as a cause of chronic epigastric pain: Diagnosis and treatment by means of ERCP. *An Med Int* 2005;22:591-3.
- Berenguer J, Garcia-Herol A. Enfermedades congénitas de las vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas. Madrid 1998. 2da Edición. 2363-2373.
- R. Uribarrena Amezaga, N Raventos, J Fuentes, J Elias, V Tejedro, R Uribarrena Echeverria. Diagnóstico y Tratamiento de los quistes de colédoco. Presentación de 10 casos. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* Vol 100. N 2, pp 71- 75, 2008.
- Kis E et al. Extrahepatic cholestasis in infancy and childhood: the role of ultrasonography. *Orv- Hetil*. Jun 28. 133 (268): 1613-6. 1992.
- Torrise Jm et al. Choledochal cyst and biliary atresia in the neonate: Imaging finding in five cases. *Am J Surg*. 1990;155 (6):1273-6.
- Altman Rp. 1990. Quistes del Colédoco. En: Blumgart LH., eds: *Cirugía del Hígado y de las Vías Biliares*. México: Editorial Panamericana. pp. 1167-1176.
- Ystgaard B. Myrvold He, Nilsen G. 1992. Magnetic Resonance Imaging in Preoperative Assessment of Choledochal Cyst. *Eur. J. Surg*. 158:567-569.
- Pereira N, Benavides T, Espinoza C, Rostion C. Choledochal cyst in Pediatrics. A Review of the Literature. *Rev. Ped. Elec*. 2007. Vol 4. N 3.
- R. Uribarrena Amezaga, N Raventos, J Fuentes, J Elias, V Tejedro < R Uribarrena Echebarria. Diagnóstico y Tratamiento de los quistes de coledoco. Presentación de 10 casos. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* Vol 100 n 2 pp 71-75. 2008.
- Willie- Hyams. 2004. *Gastroenterología Pediátrica*. Mexico. Editorial Interamericana. Pp 342-346.
- Janakie Singham, Eric M. Yoshida, and Charles H. Scudamore, Choledochal cysts *Can J Surg*. 2009 October; 52:434-440.
- Huang SP, Wang HP, Chen JH, et al. EUS and peroral cholangioscopy in choledochoceles with choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc*. 1999;50:568-71.
- Sood A, Senthilnathan MS, Deswal S. Spontaneous rupture of a choledochal cyst and the role of hepatobiliary scintigraphy. *Clin Nucl Med*. 2004; 29:392-3.