

# Quiste de Colédoco tipo IC en paciente de 58 años

**Autores** Yhonny Castillo<sup>1</sup>, María Fernanda Vilera<sup>2</sup>, Diana de Oliveira<sup>2</sup>

**Afiliación** <sup>1</sup>Gastroenterólogo. Jefe de la Unidad de Gastroenterología de la Policlínica de Barquisimeto. Estado Lara-Venezuela. <sup>2</sup>Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2018;72(2):57-59. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X

Autor correspondiente: Yhonny Castillo. Policlínica de Barquisimeto. Estado Lara - Venezuela.  
Correos Autores: yhoonycastillo@hotmail.com; mfvilera@hotmail.com; dcog96@hotmail.com  
Fecha de recepción: 12 de junio de 2018. Fecha de revisión: 24 de junio de 2018. Fecha de Aprobación: 30 de junio de 2018.

## Resumen

Los quistes de colédoco (QC) son dilataciones quísticas poco frecuentes de las vías biliares con una etiología desconocida. El diagnóstico generalmente se realiza durante la niñez. Se presenta el caso de una paciente femenina de 58 años quien presenta dolor en hipocondrio derecho de 4 años de evolución que irradia a región escapular derecha y atenúa con el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Se le realiza el diagnóstico ecográfico de colecistitis y se realiza colecistectomía laparoscópica. Debido a la persistencia de la sintomatología se realiza Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), en la cual se observa quiste de colédoco tipo IC según la clasificación de Todani.

**Palabras Clave:** Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica, Quiste del Colédoco.

## CHOLEDOCHAL CYST TYPE IC IN A 58-YEAR-OLD PATIENT

### Summary

Choledochal cysts (QC) are rare cystic dilatations of the bile ducts with an unknown etiology. The diagnosis is usually made during childhood. We present the case of a 58-year-old female patient with pain in the right upper quadrant of 4 years of evolution that radiates to a scapular region and attenuates with the use of non-steroidal anti-inflammatories. An ultrasound diagnosis of cholecystitis was made and laparoscopic cholecystectomy was performed. Due to the persistence of the symptoms, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is performed, in which the choledochal cyst type IC is observed according to the Todani classification.

**Key words:** Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, Choledochal Cyst.

## Introducción

Los quistes de colédoco (QC) son dilataciones quísticas de las vías biliares<sup>1</sup>. Es una patología muy poco frecuente, con una incidencia de 1 por cada 100.000-150.000 individuos. Se reportan mayor cantidad de casos en el sexo femenino (4:1) y en Asia, especialmente en Japón, donde ocurren aproximadamente 2/3 de todos los casos<sup>1,2</sup>. Generalmente es diagnosticada antes de los 10 años, solo el 20% de los casos son hallados en la edad adulta<sup>2</sup>.

La etiología es desconocida. Existen teorías que proponen un origen congénito producto de la unión del conducto pancreático con el colédoco, generando un conducto común anormal que permite el reflujo de la secreción pancreática y provoca la lesión de la pared con la consecuente dilatación del colédoco<sup>3</sup>. Por otro lado, otras teorías plantean una debilidad de la pared del conducto biliar, presión intraluminal incrementada, anomalías en la inervación, disfunción del esfínter de Oddi y obstrucción distal del colédoco<sup>4</sup>.

La mayoría de los pacientes presentan dolor, masa abdominal e ictericia, aunque la presentación de la triada completa no es frecuente, generalmente se presentan dos de estos síntomas<sup>1</sup>. La presencia de QC puede generar estasis biliar, lo cual es un factor de riesgo para la formación de cálculos, sobreinfección recurrente e inflamación; todo esto puede producir cirrosis biliar secundaria y presentarse entonces como un síndrome de hipertensión portal con hemorragia de vías digestivas altas, esplenomegalia y pancitopenia<sup>1</sup>.

Ha sido reportada la transformación maligna en el 0,7% de los casos. Los QC son considerados un estado premaligno que incrementa en un 10-15% el riesgo de presentar cáncer, especialmente adenocarcinoma<sup>1</sup>. También se asocian con colangitis, pancreatitis y litiasis<sup>4</sup>.

## Presentación del caso

Se presenta el caso de una paciente femenina de 58 años sin antecedentes relevantes, quien refiere haber presentado 4 años previos a su ingreso el primer episodio de dolor en hipocondrio derecho, de moderada intensidad, que irradia a región escapular derecha y atenúa con el uso de antiinflamatorios no esteroideos.

El cuadro se manifiesta nuevamente de forma esporádica aumentando su frecuencia e intensidad de forma progresiva a lo largo del tiempo, por lo que acude al médico y se le realizan exámenes de laboratorio con resultados normales y ECO abdominal sugestivo de litiasis vesicular. Se realiza colecistectomía laparoscópica programada sin complicaciones y es dada de alta médica el mismo día. Debido a la persistencia de los síntomas, la paciente es referida luego de dos semanas a este centro de salud bajo el diagnóstico presuntivo de litiasis residual, se realiza Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), en la cual se observa quiste de colédoco tipo IC según la clasificación de Todani y estenosis distal del mismo que no permitió el paso de dilatadores (**Figura 1**). No se observaron cálculos en vía biliar. Posterior al hallazgo se plantea la resección del quiste con hepaticoyeyunoanastomosis en “y de Roux” (RYHJ).

El diagnóstico generalmente se realiza en la infancia e incluso es posible hacerlo intrauterino<sup>5</sup>. La mayoría de los pacientes presentan dolor en hipocondrio derecho<sup>2</sup>, síntoma que refirió nuestra paciente. Sólo el 20% de los pacientes presenta la tríada de dolor, masa abdominal e ictericia<sup>3</sup>. Pueden aparecer complicaciones como colangitis, pancreatitis, hipertensión portal y alteración de las pruebas de función hepática<sup>5</sup>.

La clasificación realizada por Todani en 1977 agrupa a los QC en 5 tipos, siendo el tipo I el más común (50-80%). Este consiste en la dilatación quística del colédoco sin afección de vía biliar intrahepática. A su vez esta se subclasifica de acuerdo a la morfología de la dilatación: puede ser esférica (Ia), segmentaria (Ib) o fusiforme (Ic).<sup>3,6</sup> En el caso nuestra paciente, presenta un QC tipo IC.

Las pruebas de imagen como ecografía y resonancia pueden dar el diagnóstico, sin embargo esto no es así siempre<sup>2</sup>. En el caso de nuestra paciente, se le realizó un eco que no arrojó el diagnóstico definitivo sino solo imágenes sugestivas de litiasis. Ha sido reportado que mediante tomografía la imagen ha sido confundida con pseudoquiste pancreático. La CPRE se considera la prueba de elección ya que, además de dar el diagnóstico, permite clasificar el quiste, medirlo y establecer con precisión su localización y relaciones anatómicas; sin embargo, actualmente se plantea la colangiorensonancia nuclear magnética (CRNM) como sustituto de la CPRE<sup>2</sup>.

En cuanto al tratamiento, en el caso de los quistes tipo I, como el de la paciente presentada, se recomienda ampliamente la resolución quirúrgica, la cual, además de aliviar la sintomatología, previene la aparición de colangiocarcinoma ya que los QC predisponen al mismo. Se dice que este riesgo se debe al reflujo de bilis que podría generar un estado de inflamación crónica que puede degenerar en neoplasia. Debido a este riesgo se le realiza seguimiento estrecho posterior a la cirugía<sup>2</sup>. En el caso de la paciente, su riesgo de colangiocarcinoma se encuentra incrementado, especialmente por tener un QC tipo I.

La cirugía de elección para los quistes tipo I es la RYHJ. Otro procedimiento que se realiza es la Hepaticoduodenostomía, sin embargo, esta predispone a cáncer gástrico debido al reflujo biliar, motivo por el cual la hepaticoyeyunostomía se considera más segura<sup>6</sup>.

## Conclusión

Los quistes de colédoco son patologías de etiología incierta que generalmente se presentan en la infancia. Ocurren con mayor frecuencia en mujeres y en asiáticos. El diagnóstico de elección es la Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada. El tratamiento depende del tipo de quiste, en el caso de los tipo I se recomienda la resección quirúrgica debido al riesgo incrementado que tienen estos pacientes de desarrollar colangiocarcinoma.

## Clasificación del trabajo

AREA: Gastroenterología; pancreas, vías biliares.

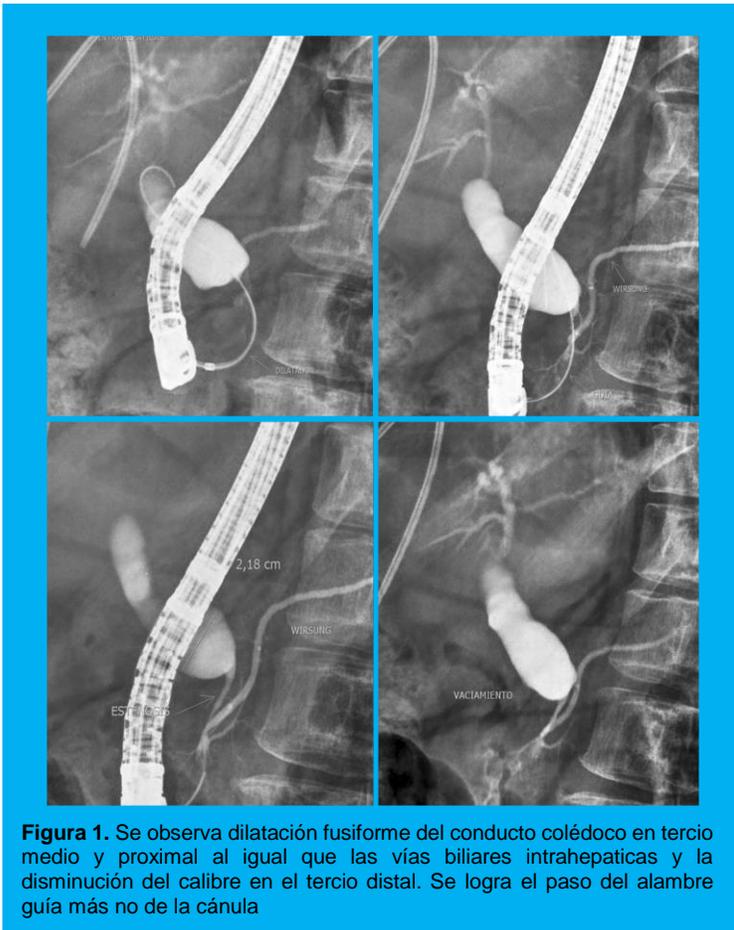
TIPO: Caso clínico.

TEMA: Quiste del Coledoco tipo IC.

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

## Referencias Bibliográficas

1. Sánchez JA, Gómez S, Morales C, Hoyos SI. Quistes del colédoco. Rev Colomb Cir 2015;30:296-305.



**Figura 1.** Se observa dilatación fusiforme del conducto colédoco en tercio medio y proximal al igual que las vías biliares intrahepáticas y la disminución del calibre en el tercio distal. Se logra el paso del alambre guía más no de la cánula

## Discusión

Los quistes de colédoco son patologías generalmente congénitas y poco frecuentes, presentándose el 80% de las veces en la infancia<sup>3</sup>. La etiología es desconocida, sin embargo se plantea que es debido a la existencia de un conducto común anormal (de más de 15 mm de longitud), producto de la unión del conducto pancreático con el colédoco, 1 o 2 cm proximales al esfínter de Oddi, que permite el reflujo de la secreción pancreática predisponiendo así a la lesión de la pared y posterior formación del quiste.<sup>3</sup>

2. Uribarrena Amezaga R, Raventós N, Fuentes J, Elías J, Tejedo V, Uribarrena Echebarría R. Diagnóstico y tratamiento de los quistes de colédoco: Presentación de 10 nuevos casos. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2008;100:71-75.
3. Giha S, Redondo Y, Quintero G. Quiste de colédoco: diagnóstico y manejo intraoperatorio. *Pediatría* 2016;49:64-67.
4. Polakovich DA, Rivera IAR, López AR. Quiste de colédoco: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *Acta Medica Grupo Angeles* 2015;13:171-176.
5. Soares KC, Arnaoutakis DJ, Kamel I, et al. Choledochal Cysts: Presentation, Clinical Differentiation, and Management. *Journal of the American College of Surgeons* 2014;219:1167-1180.
6. Singham J, Yoshida EM, Scudamore CH. Choledochal cysts: Part 1 of 3: Classification and pathogenesis. *Canadian Journal of Surgery* 2009;52:434-40.8. Kyoung WY, Sang WP. A Case of Enteritis Cystica Profunda in the Ampulla of Vater Mimicking Choledochoceles. *Clin Endosc.* 2013; 46(2): 178-181.



