

# Quiste coledociano en adultos: formas clínicas de presentación

## *Choledochal cyst in adults: clinical forms*

*Luraschi Víctor<sup>1</sup>, Lezcano Miguel<sup>2</sup>, Rodríguez Roberto<sup>2</sup>, Figueredo Marín Belinda<sup>3</sup>.*

### RESUMEN

El quiste coledociano es una rara anomalía congénita de difícil diagnóstico, particularmente en adultos. Su incidencia varía entre 1 caso por cada 13.000 a 15.000 nacidos vivos, presentando sin embargo mayor prevalencia en el este asiático. Se expone un estudio basado en una serie de casos registrados desde el año 2011 hasta el 2013 en el Hospital Regional de Luque. Se reportaron 3 pacientes, todos resultaron ser de sexo femenino. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron el dolor y la ictericia. Ningún paciente presentó la triada clínica clásica. La ecografía abdominal, la CPRE y la colangio-resonancia fueron herramientas importantes para el diagnóstico. El tratamiento fue la resección total del quiste y la derivación hepatojejunal término lateral en Y de Roux.

**Palabras clave:** Quiste Coledociano, Ictericia, Colangiocarcinoma.

### SUMMARY

Choledochal cyst is a rare congenital anomaly difficult to diagnose, particularly in adults. Its incidence ranges from 1 case per 13.000 to 15.000 live births, presenting however a higher prevalence in East Asia. We introduce you a study based on a series of cases registered since 2011 to 2013 at the Hospital Regional de Luque. Of a total of 3 patients, all of them were female. The most common clinical findings were pain and jaundice. None underwent the clinical triad per se. Abdominal ultrasound, ERCP and magnetic resonance cholangiography are important diagnostic tools. The standard treatment consists in total resection of the cyst plus a Roux en Y term-side hepatico-jejunal derivation.

**Keywords:** Choledochal cyst, Jaundice, Cholangiocarcinoma.

### INTRODUCCIÓN

El quiste del colédoco (QC) es una malformación congénita y poco frecuente de la vía biliar que puede afectar a cualquier parte del árbol biliar, presentándose en forma aislada o como múltiples dilataciones.<sup>1</sup> Su incidencia no ha sido claramente estimada, pero en países occidentales varía entre 1 caso por cada 13.000 a 15.000 nacidos vivos, presentando sin embargo mayor prevalencia en el este asiático. Predomina en el sexo femenino con una relación de 3 a 1.<sup>2</sup> Aunque pueden ser descubiertos a cualquier edad, el 25% se detecta en el primer año de vida y hasta el 60% antes de los 10 años. A pesar de las mejoras en el manejo de los quistes de colédoco en los niños, un número cada vez mayor de pacientes se presenta con síntomas en la vida adulta, diagnosticándose un 20% de ellos después de los 20 años.<sup>3</sup> Cuando el paciente no es tratado, puede progresar a cirrosis biliar, displasia y finalmente colangiocarcinoma, siendo la incidencia en la primera década de vida de 0.7%, incrementándose con la edad, cerca del 14% a los 20 años,<sup>2</sup> hasta 75% en pacientes de 70 a 80 años.<sup>4,5</sup> El objetivo de este trabajo es revisar el manejo de los pacientes adultos con quistes de colédoco; con énfasis en los signos y síntomas más frecuentes, las características laboratoriales y radiológicas, y el tratamiento pertinente.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Una serie de casos, obtenida de la revisión de fichas clínicas del servicio de Cirugía General del Hospital Re-

1. Jefe de Servicio
2. Médico Cirujano
3. Médica Interna - Universidad de la Integración de las Américas.  
Servicio de Cirugía General - Hospital Regional de Luque - MSP y BS.

**Autor Correspondiente:** Dr. Víctor Luraschi - Dirección: Pedro de Mendoza N° 1166. (Barrio Pilar) - Lambaré - Paraguay - Tel: 0983 424307- E-mail: lurascho@gmail.com

**Fecha de recepción:** 03-mayo-2013 **Fecha de aceptación:** 14-noviembre-2013

gional de Luque en los años 2011 a 2013, es analizada en este trabajo. En todos los casos, el diagnóstico inicial fue hecho a partir de la correlación entre los hallazgos clínicos, laboratoriales y radiológicos; confirmándose posteriormente con los resultados obtenidos en los estudios de anatomía patológica. La tipificación de los QC se realizó teniendo en cuenta la clasificación de Todani (Tabla 1).

**TABLA 1: Tipos de dilatación quística de la vía biliar según Todani<sup>4</sup>**

|          |  |
|----------|--|
| Tipo I   | Dilatación del árbol biliar extrahepático: Quiste coledociano verdadero    |
|          | a. Dilatación completa quística  |
|          | b. Dilatación segmentaria  |
|          | c. Dilatación completa fusiforme   |
| Tipo II  | Divertículo sacular (verdadero) del colédoco extrahepático                 |
| Tipo III | Dilatación del árbol biliar en el duodeno: Coledococele                    |
| Tipo IV  | a. Dilatación del árbol biliar intra y extra hepático                      |
|          | b. Múltiples quistes extra-hepáticos                                       |
| Tipo V   | Dilatación limitada a los conductos intra-hepáticos (Enfermedad de Caroli) |

## DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

**CASO 1:** Paciente femenino, 28 años, conocida portadora de QC, diagnosticada a los 10 años. Acudió con antecedentes de dolor abdominal recurrente e ictericia, con varias internaciones previas en otros servicios por dichos motivos. Traía consigo análisis laboratoriales con alteraciones en el hepatograma, y una CPRE que informaba dilatación de la vía biliar extrahepática principal en su segmento distal. Al ingreso se solicitó un nuevo análisis laboratorial completo, que no presentó alteraciones significativas. La ecografía abdominal evidenció una dilatación quística a nivel del tercio distal de la vía biliar principal, sin dilatación de las vías biliares intra-hepáticas, además de litiasis vesicular.

**CASO 2:** Paciente femenino, 22 años, acudió por cuadro de dolor abdominal intenso e ictericia, con antecedentes de coluria y acolia; refirió cuadro similar anterior. La ecografía abdominal constató colédoco dilatado de 30 mm, sin dilatación de vías biliares intrahepáticas, con litiasis vesicular. Los análisis encontraron alteraciones en el hemograma (leucocitosis) y en el hepatograma. La colangio-resonancia informó QC tipo Ia.

**CASO 3:** Paciente femenino, 21 años, procedente de un establecimiento del Chaco, fue derivada con antecedente de ictericia fluctuante y dolor abdominal. Al ingreso se solicitó un análisis laboratorial completo que presentó alteraciones en el hepatograma. Se realizó una

ecografía abdominal que evidenció una dilatación quística de 4 x 5 cm a nivel de la vía biliar extrahepática, sin dilatación de las vías biliares intra-hepáticas ni evidencia de litiasis vesicular.

En los tres casos se realizó una cirugía programada, consistente en colecistectomía, resección total del quiste y derivación hepatoyeyunal termino lateral en Y de Roux. El hallazgo intraoperatorio en todos los casos correspondió a un quiste de colédoco distal con gran cantidad de tejido fibroso. Los resultados de anatomía patológica confirmaron el diagnóstico de quiste coledociano con inflamación de la mucosa, sin evidencia de colangiocarcinoma. Ninguna paciente presentó complicaciones en el post-operatorio inmediato. La colangio-resonancia solicitada al alta no aportó datos llamativos.

## DISCUSIÓN

Hemos constatado lo poco frecuente que es esta afección y la dificultad del diagnóstico por su presentación inespecífica. Basados en estudios radiológicos y experimentales, los factores causales básicos de QC son básicamente anomalías de la unión colédoco-pancreática asociados a estenosis congénita, seguidos de debilidad de las paredes causada por reflujo de líquido pancreático.<sup>2</sup> A pesar de ser esa la teoría más difundida, se sigue investigando y debatiendo al respecto. En ciertos estudios se señala que la triada clásica de dolor, masa en hipocondrio derecho e ictericia se presentan en un 20% de los casos, y es más frecuente observarla en niños.<sup>1,2</sup> Ninguno de nuestros casos presentó esta triada. La ecografía es generalmente el primer examen imagenológico y es muy sensible en la detección de estructuras quísticas, pero poco específica en la identificación de su origen. La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) o colangiografía por resonancia magnética pueden visualizar con precisión las vías biliares extrahepáticas, y estos son los procedimientos diagnósticos más específicos.<sup>1</sup> Sin embargo, el costo y la disponibilidad de los mismos siguen siendo un problema. El tratamiento del quiste de colédoco ha cambiado. En el pasado, la cistoyeyunostomía era el procedimiento estándar.<sup>1,4</sup> En la actualidad, se sugiere tratar cada quiste de acuerdo al tipo, siendo la extirpación del mismo y la reconstrucción mediante hepaticoyeyunoanastomosis la terapia estándar.<sup>1</sup> El quiste debe ser completamente resecado para evitar colangitis ascendente, cistolitiasis, y cambios malignos.<sup>6</sup> Cuando la resección completa no es factible, la alternativa es una resección parcial. Si no se reseca la pared posterior del quiste, por estar estrechamente adherido a la vena porta, se puede dejar la pared posterior (Técnica de Lilly). Sin embargo, si no se puede resecar la porción inferior del quiste, por estar introducida en el páncreas, no se recomienda dejar la mucosa del quiste en contacto con el jugo pancreático, que continuará su agresión al epitelio. Las alternativas propuestas serían realizar una duodenopancreatectomía o una mucosecto-

mía de la porción quística no reseca.<sup>7</sup> La primera alternativa es la más eficiente para extirpar todo el quiste, pero sin duda la más agresiva, con todas las consecuencias que esto acarrea. La mucosectomía es una excelente alternativa, mucho menos radical. En nuestro medio se realizó el mismo tratamiento para todos los pacientes, que consistió en la resección total del quiste y la derivación hepatoyunal termino lateral en Y de Roux.

Para evitar costosas y potencialmente peligrosas complicaciones que afectarían tanto la calidad como la expectativa de vida, el quiste de colédoco debe ser considerado como diagnóstico diferencial ante un cuadro de dolor abdominal crónico e intermitente en el adulto, teniendo en cuenta que es esta la manifestación más común de la patología en esa edad, asociado frecuentemente a colangitis o pancreatitis.<sup>1</sup>

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Waidner U, Henne-Bruns D, Buttenschoen K. Choledochal cyst as a diagnostic pitfall: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2008; 2:5
2. Melo Hernández, Carlos Alberto. Gastroenterología: Quistes del colédoco. En: Fierro Ávila, F. Álvarez López, F. García Gutiérrez, R. editores. Libro de Cirugía Pediátrica. Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica. Facultad de Ciencias para la Salud. Departamento Clínico Quirúrgico. Universidad de Caldas.
3. Atkinson HDE, Fischer CP, De Jong CHC, Madhavan KK, Parks RW, Garden OJ. Choledochal cysts in adults and their complications. *HPB (Oxford)* 2003; 5(2): 105–110.
4. Bhavsar MS, Vora HB, Giriappa VH. Choledochal Cysts: A Review of Literature. *Saudi J Gastroenterol.* 2012 Jul-Aug; 18(4): 230–236.
5. Singham J, Yoshida E, Scudamore C. Choledochal cysts: Part 1 of 3: Classification and pathogenesis. *Can J Surg.* 2009 October; 52(5): 434–440.
6. Kim, Chung et al. Imaging of the Choledochal Cyst. *RadioGraphics* 1995; 15:69-88
7. De Vinatea J, Villanueva L, Gonzales E, Díaz V. Manejo laparoscópico de un quiste de colédoco. *An Fac Med Lima* 2007; 68(1): 61 - 6.