

QUISTE DEL COLEDOCO

Hospital Universitario San José (Popayán). Experiencia institucional, 10 años.

Alexei Rojas*, Hernando Romero**, Claudia Cruz***.

RESUMEN

Con el propósito de revisar los casos de quiste del colédoco en el Hospital Universitario San José de Popayán, se revisaron 9 pacientes entre julio de 1992 y julio de 2002. Los resultados indican mayor incidencia en el sexo femenino (77,7%), etnia mestiza (88,8%), edad entre los 0 y 18 años (mediana 4) y procedentes de área urbana (66,6%). En el cuadro clínico todos los pacientes se presentaron con dolor abdominal, la tríada clásica de ictericia, dolor y masa palpable, se presentó en el 55,5% de los casos, 1 paciente se presentó con peritonitis y sepsis por perforación del quiste y falleció. En las pruebas bioquímicas, las transaminasas y fosfatasa alcalina se elevaron en todos los pacientes, la hiperbilirrubinemia de predominio conjugado o directa apareció en el 77,7% de los casos y solo 3 pacientes (33,3%) desarrollaron pancreatitis aguda. El principal estudio imagenológico utilizado fue la ecografía en 8 pacientes, seguido de tomografía axial computarizada y el CPER. El 77,7% de los quistes se clasificaron como tipo I y 22,3% tipo IV. El manejo quirúrgico para 6 pacientes (66,6%) fue la cistectomía con hepatoyeyunostomía y yeyuno-yeyunostomía. Como complicaciones, 1 paciente falleció (11,1%), 1 desarrolló fístula pancreática (11,1%) y dos desarrollaron pancreatitis aguda (22,2%) en el postoperatorio temprano.

Palabras clave: *Popayán, colangiopancreatografía, quiste del colédoco, vía biliar.*

Recibido para evaluación: marzo 15 de 2005. **Aprobado para publicación:** junio 12 de 2005.

- * Médico Cirujano. Docente del departamento de Ciencias Quirúrgicas Universidad del Cauca, Hospital Universitario San José Popayán.
- ** Médico Cirujano. Jefe del Departamento de Ciencias Quirúrgicas Universidad del Cauca, Hospital Universitario San José Popayán
- *** Cirujano pediatra. Docente del departamento de Pediatría Universidad del Cauca, Hospital Universitario San José Popayán.

Correspondencia: Alexei Rojas. Hospital Universitario San José, Departamento de ciencias quirúrgicas, carrera 6ª calle 9ª norte. Popayán, Colombia. Correo electrónico: arojas@unicauca.edu.co

ABSTRACT

With the purpose of reviewing the cases of choledocal cyst in the Hospital Universitario San Jose in Popayan, 9 cases were reviewed between July 1992 and July 2002. The results indicate higher incidence in females (77.7%), mestizo ethnicity, age between 0 and 18 years (median 4) and from urban areas (66.6%). In the clinical aspects, all patients presented abdominal pain, the classic triage jaundice, pain and palpable mass, was presented in 55.5% of the cases, 1 patient presented peritonitis and sepsis due to cyst perforation and die. In the biochemical tests, transaminases and alkaline phosphatase was elevated in all patients, conjugated or direct hyperbilirubinemia appeared in 77% of the cases and just 3 patients (33.3%) developed acute pancreatitis. The main used imagenologic study was the ecography in 8 patients, follow by computerized axial tomography and ERCP. 77.7% of the cysts were classified as type I and 22.3% as type IV. The surgical management for 6 patients (66.6%) was the cystectomy with hepatoyeyunostomy and yeyuno-yeyunostomy. As complications, 1 patient died (11.1%), 1 developed pancreatic fistula (11.1%) and 2 developed acute pancreatitis (22.2%) in the early post-operatorium.

Key words: *Popayan, colangiopancreatography, choledocal cyst, biliary tract.*

INTRODUCCIÓN

Los quistes del colédoco representan una alteración congénita poco frecuente que no ha sido fisiopatológicamente bien definida hasta el momento. Se pueden presentar en cualquier edad pero es más frecuente en la población infantil. En nuestro medio se desconoce la incidencia y no existe un protocolo específico para el enfoque diagnóstico y terapéutico de dichos pacientes. Por lo anterior, se decidió revisar en forma retrospectiva la experiencia institucional para conocer las características epidemiológicas de los pacientes con quiste de colédoco y analizarla a la luz de las publicaciones mundiales.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el hospital Universitario San José de Popayán tomando los casos con diagnóstico de quiste del colédoco entre julio de 1992 y julio de 2002. Se registraron los datos de edad, sexo, raza, procedencia, los hallazgos clínicos y paraclínicos principales, los métodos diagnósticos empleados, el manejo quirúrgico, sus complicaciones y la estadía hospitalaria.

RESULTADOS

Se encontraron durante 10 años un total de 9 casos, de los cuales 7 (77,7%) correspondían al sexo femenino y 2 (23,3%) al sexo masculino, el rango de edad estuvo entre 0 y 18 años con una mediana de 4 años, 88,8% (8 casos) fueron de raza mestiza y el 66,6% procedían de zona urbana (Tabla 1). En cuanto a signos y síntomas, lo más repre-

sentativo fue la presencia de dolor abdominal (100%), mientras que la triada de dolor, ictericia y masa solo se encontró en el 55,5% de los casos (Tabla 2). Entre las pruebas bioquímicas solicitadas, las transaminasas (ALT y AST) presentaron elevación en todos los pacientes al igual que la fosfatasa alcalina. La hiperbilirubinemia conjugada se presentó en 6 casos (66,6%) y solo 3 (33,3%) tenían pancreatitis aguda al ingreso documentada con amilaturia (Tabla 3).

Con los estudios imagenológicos se encontró que 7 pacientes (77,7%) tenían ecografía con hallazgo de lesión quística y dilatación de la vía biliar en todos los casos, 5 pacientes (55,5%) tenían TAC abdominal que demostró lesión quística y todos tenían dilatación de la vía biliar; solo 2 pacientes (22,2%) se estudiaron con CPER diagnosticando dilatación quística del colédoco.

Todos los pacientes se sometieron a manejo quirúrgico y la técnica más empleada fue la cistectomía con hepático-yeyunostomía más yeyuno-yeyunostomía en 6 (66,6%) de los casos (Tabla 4); durante el acto operatorio el 77,7% de los quistes se clasificaron como tipo I y el resto como tipo IV.

Entre las complicaciones se presentó un caso de muerte en un paciente con quiste roto, peritonitis y sepsis, un paciente desarrolló fistula pancreática y 2 pancreatitis aguda. La estadía hospitalaria estuvo entre 15 y 47 días con promedio de 31 días.

En el seguimiento, 2 pacientes han presentado episodios de colangitis aguda no tóxica con buena respuesta al manejo médico y uno desarrolló estenosis a nivel de vía biliar que se manejó con stent. Hasta el momento no hay ninguno con transformación maligna.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de que los quistes del colédoco se presentan con baja incidencia en los países occidentales, estos representan para los cirujanos un reto importante desde el punto de vista diagnóstico y de manejo quirúrgico.^{1,2} La misma fisiopatología no ha sido todavía claramente definida pero se describe la relación con uniones anormales en los conductos biliar y pancreático y rotaciones anormales en la porción ventral del páncreas.^{3-16,19} Igual que como se reporta a nivel mundial tenemos mayor frecuencia en el sexo femenino⁴ y la presentación clínica con la tríada clásica de ictericia, dolor y masa fue del 55,5%, todos nuestros pacientes consultaron con dolor abdominal y la concomitancia con pancreatitis fue del 33%. Se recomienda que todos los pacientes luego de tener ecografía o tomografía,² se estudien preferiblemente con una colangiopancreatografía endoscópica preoperatoria,^{4,5,6,12} aunque existen cada vez más reportes de estudios colangiográficos por resonancia magnética o virtuales por TAC² y escasos estudios gamagráficos. Durante el procedimiento quirúrgico se recomienda igualmente realizar una colangiografía y otros proponen la coledoscopia^{2,11}; la técnica quirúrgica más utilizada a nivel mundial incluye la resección del quiste mas una hepaticoyeyunostomia en Y de Roux^{1,4,5,6,13,15,17} con o sin procedimiento antireflujo adicional y para algunos tipos especiales de quiste (como el tipo II) se pueden emplear técnicas laparoscópicas.⁷ Otro aspecto relacionado con los quistes del colédoco es la posibilidad de malignización que puede llegar hasta el 36%^{1,2,4,5,6,15,18} y que en nuestro medio hasta el momento no se ha presentado.

Lo más importante para el paciente debe ser el diagnóstico oportuno con la realización temprana de un procedimiento quirúrgico preferiblemente por un cirujano con experiencia y conocimiento anatómico de la vía biliar que disminuya la posibilidad de complicaciones y especialmente de llegar a desarrollar malignización.

Tabla 1. Variables epidemiológicas

Variable		
Edad	4 meses a 18 años	
Raza	8 (88,8%) mestizo	1 (11,2%) indígena
Sexo	7 (77,7%) femenino	2 (22,3%) masculino
Procedencia	6 (66,6%) urbano	3 (33,4%) rural

Tabla 2. Signos y síntomas

Síntoma/signo	Porcentaje %
Dolor abdominal	100
Ictericia	66,6
Masa palpable	55,5
Vómito bilioso	55,5
Fiebre	44,4
Coluria	44,4
Pancreatitis	33,3
Peritonitis	22,2

Tabla 3. Resultados de pruebas bioquímicas.

ALT	AST	FOSFATASA ALCALINA	BILIRRUBINA TOTAL	BILIRRUBINA DIRECTA	AMILASURIA
103	80	350	2,2	1,4	900
214	221	232	1,0	0,5	1280
99	130	295	3,2	1,3	850
170	124	613	8,8	4,1	
102	90	395	19	10	
89	78	187	3,3	2,8	
115	92	205	1,1	0,6	
144	216	500	2,2	0,9	
132	186	600	0,9	05	

Tabla 4. Procedimientos quirúrgicos

Técnica	Número	Porcentaje %
Cistectomía + Hepático-yeyunostomía + yeyuno-yeyunostomía	6	66,6
Cistectomía y coledocoduodenostomía	2	22,3
Drenaje de peritonitis + tubo en T	1	11,1

BIBLIOGRAFÍA:

1. **Stain S, Guthrie C, Yellin A, Donovan A.** Choledochal cyst in the adult. *Annals of Surgery* 1995;222: 128-133
2. **Spinzi G, Martegani A, Belloni G, Terruzi V.** Computed tomography-virtual cholangiography and choledochal cyst. *Gastrointestinal endoscopy* 1999; 50: 857-859
3. **Nomura T, Shirai Y, Sandoh N, Nagakura S, Hatakeyama K.** Cholangiographic criteria for anomalous union of the pancreatic and biliary ducts. *Gastrointestinal endoscopy* 2002; 55: 204-208
4. **Lenriot J, Gigot J, Segol P, Fagniez P, Fingerhut A.** Bile duct cyst in adults, a multi-institutional retrospective study. *Annals of Surgery* 1998; 228: 159-166
5. **Ureña R, García R, Prieto R.** Quistes del colédoco: experiencia institucional Clínica del Niño. *Revista Colombiana de Cirugía* 1999; 14: 104-108
6. **Sawyer M, Sawyer E.** Choledochal Cyst. www.emedicine.com. May 13, 2002
7. **Liu D, Rodriguez J, Meric F, Geiger J.** Laparoscopic escisión of a rare type II choledochal cyst: case report and review of the literature. *Journal of Pediatric Surgery* 2000; 35: 1117-1119
8. **MacKenzie T, Howell L, Flake A, Adzick N.** The management of prenatally diagnosed choledochal cyst. *Journal of Pediatric Surgery* 2001; 36: 1241-1243.
9. **Suita S, Shono K, Kinugasa Y, Kubota M, Matsuo S.** Influence of age on the presentation and outcome of choledochal cyst. *Journal of Pediatric Surgery* 1999; 34: 1765-1768
10. **Karnak I, Cahit F, Buyukpamukcu N, Hiesonmez A.** Spontaneous rupture of choledochal cyst: An unusual cause of acute abdomen in children. *Journal of Pediatric Surgery* 1997; 32: 736-738
11. **Miyano T, Yamakata A, Kato Y, Kohno S, Fujiwara T.** Choledochal Cyst: Special emphasis on the usefulness of intraoperative endoscopy. *Journal of Pediatric Surgery* 1995; 30: 482-484
12. **Sharma A, Wakhlu A, Sharma S.** The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of choledochal cyst in children. *Journal of Pediatric Surgery* 1995; 30: 65-67
13. **Okada A, Nakamura T, Okumura K, Oguchi Y.** Surgical Treatment of congenital dilatation of bile duct (choledochal cyst) with technical considerations. *Surgery* 1987; 101: 238-243
14. **Chijiwa K, Komura M, Kameoka N.** Postoperative follow-up of patients with type IV A choledochal cysts after excision of extrahepatic cyst. *Journal of the American College of Surgeons* 1994; 179: 641-645
15. **Stringer M, Dhawan A, Davenport M, Mieli G, Mowar A, Howard E.** Choledochal Cyst: lessons from a 20 year experience. *Archives of disease in childhood* 1995; 73: 528-531
16. **Todani T, Watanabe Y, Naruse M, et al.** Congenital bile duct cysts: classification, operative procedures and review of thirty seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1997; 134: 263-269
17. **Todani T, Watanabe Y, Mizuguchi T, et al.** Hepaticoduodenostomy at the hepatic hilum after escisión of choledochal cyst. *Am J Surg* 1981; 142: 584-587
18. **Todani T, Watanabe Y, Urushijara N, et al.** Biliary complications after excisional procedure for choledochal cyst. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 478-481
19. **Todani T, Watanabe Y, Fujii T, et al.** Congenital choledochal cyst with intrahepatic involvement. *Arch Surg* 1984; 119: 1038-1043