

QUISTE DE COLÉDOCO: HALLAZGO EN UNA CETOACIDOSIS DIABÉTICA

GONZALO MAÑANES, GUSTAVO STORK, ALDO CABO, ROBERTO SANTIAGO, JORGE MILSTEIN.
Sector de Cirugía de Hígado-Vía Biliar-Páncreas. Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca. Argentina.

RESUMEN

Introducción: El quiste de colédoco es una anomalía congénita de la vía biliar caracterizada por dilataciones quísticas de los conductos biliares intra y/o extrahepáticos. **Caso clínico:** Paciente femenino de 18 años de edad, diabética tipo 1 sin adherencia al tratamiento, que consulta por dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de 24 hs de evolución junto con polidipsia y poliuria. Se realiza diagnóstico clínico-humoral de cetoacidosis diabética. La Ecografía y la Tomografía Computada abdominal muestran: vesícula alitiásica de paredes finas, vía biliar intrahepática no dilatada y formación líquida con burbuja aérea en su interior en contacto con la cabeza del páncreas. **Colangiografía:** muestra quiste

de colédoco tipo I con imágenes negativas en su interior. Comienza con tratamiento médico de la cetoacidosis y una vez estabilizada, se realiza resección del quiste con hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. **Resultados:** Buena evolución postoperatoria. Anatomía patológica confirma quiste de colédoco con ausencia de células atípicas. Alta hospitalaria al 7º día postoperatorio, con control por consultorio externo de cirugía y endocrinología. **Conclusión:** El quiste de colédoco en el adulto, en forma infrecuente puede presentarse como un hallazgo en el contexto de otra enfermedad.

Palabras claves: quiste de colédoco, adulto, cirugía

ABSTRACT

Introduction: The choledo-

chal cyst is a congenital anomaly of the bile duct characterized by cystic dilatations of intra- and/or extra- hepatic bile ducts. **Clinical Case:** 18 year old female patient with type 1 diabetes showing no adherence to treatment goes for consultation because she was suffering a 24 hour evolution abdominal pain located at the right epigastrium and hypocondrium with polydipsia and polyuria. A clinical/humoral diagnosis of diabetic ketoacidosis was reached. **Ultrasound and abdominal CT scan show:** alitiásic gallbladder with thin walls, undilated intrahepatic bile duct, and liquid formation with an air bubble inside in contact with the pancreas' head. **The cholangio magnetic resonance shows a Type I choledochal cyst with negative images inside. The patient starts medical treatment for ketoacidosis and, once this condition is stabilized, the cyst is resected by Roux -en- Y hepaticoyeyunoanastomosis. Results:** The patient shows good post-surgical evolution. **Pathological findings confirm a choledochal cyst with absence of aty-**

Correspondencia:

Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".
Estomba 968 (8000) Bahía Blanca. Tel. 0291-4598484 (Int.2330-2335)
E-mail: serviciodecirugia@hmabb.gov.ar

Recibido: 15 de Julio de 2006

Aceptado: 5 de Septiembre de 2006

pical cells. The patient is discharged on the seventh day after surgery and controlled at the surgery and endocrinology outpatient service. Conclusion: The choledochal cyst in adults is rare to appear as a finding within the context of another disease.

Key words: choledochal cyst, adult, surgery

INTRODUCCIÓN

El quiste de colédoco es una anomalía congénita de la vía biliar caracterizada por dilataciones quísticas de los conductos biliares intra y/o extrahepáticos. Esta patología es más frecuente en los orientales (1). En todas las estadísticas predomina el sexo femenino. Debido a su origen congénito, la enfermedad es usualmente diagnosticada en la infancia y adolescencia, sin embargo, aproximadamente el 20 al 30% de los casos no son diagnosticados sino hasta la adultez en donde se confunden inicialmente con una enfermedad obstructiva de la vía biliar (2). Los síntomas y signos de la enfermedad, están determinados por el tamaño de la dilatación quística y el grado de la estrechez coledociana.

En la actualidad la clasificación más aceptada es la de Todani, que divide al quiste de colédoco en 5 tipos (3).

El objetivo del presente trabajo es mostrar el manejo de una patología poco frecuente que se presentó como hallazgo en el contexto de otra enfermedad.

CASO CLINICO

Paciente femenino de 18 años



Figura 1. Tomografía Axial Computarizada que muestra la dilatación quística del colédoco.



Figura 2. Colangiografía magnética nuclear que muestra la dilatación quística del colédoco, la vía biliar intrahepática normal y una imagen negativa dentro de la dilatación compatible con litiasis.

de edad, diabética tipo 1 sin adherencia al tratamiento, que consultó por dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de 24 hs. de evolución junto con polidipsia y poliuria. En el examen físico presentaba piel y mucosas hipo hidratadas, escleróticas ictericas; abdomen globoso, blando, depresible con dolor y defensa a la palpación en flanco e hipocondrio derecho, matidez percutoria, RHA (+) propulsivos.

En la ecografía y en la tomografía axial computarizada abdominal (TAC) se visualizó vesícula alitiásica de paredes finas, vía biliar intrahepática no dilatada y formación líquida con burbuja aérea en su interior en contacto con la cabeza del páncreas (Figura 1). Se realizó colangiografía resonancia magnética nuclear (CRMN) que mostró quiste de colédoco tipo I con imágenes negativas en su interior (Figura 2).

Con diagnóstico clínico-humoral de cetoacidosis diabética, se inició el tratamiento médico. Una vez estabilizada la paciente, se indicó el tratamiento quirúrgico del quiste de colédoco. Se realizó un abordaje bi-subcostal, exploración de la cavidad abdominal, hallando un quiste de colédoco de gran tamaño (10x10 cm. aproximadamente), con un gran componente inflamatorio, paredes del quiste muy rígidas, al punto que remedaba una lesión maligna, y adherido a órganos vecinos (vena porta, vena cava y duodeno). Se halló además, litiasis vesicular, hepatomegalia homogénea, dilatación de asas de intestino delgado y ganglios de unos 0.5 a 1 cm en la raíz del mesenterio. Se realizó colecistectomía con resección

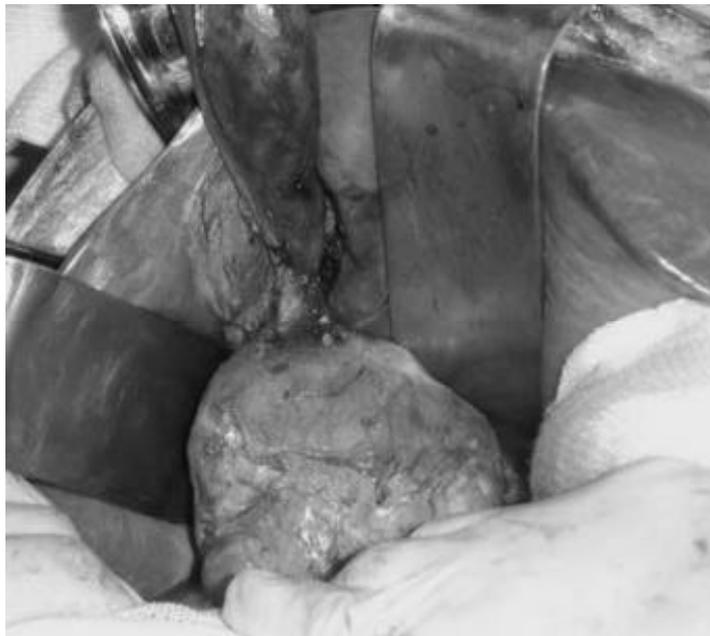


Figura 3 . Imagen intraoperatoria de la dilatación quística del colédoco, luego de su separación de los órganos vecinos.

en bloque del quiste de colédoco y reconstrucción bilio-entérica a través de una hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. Además se tomó biopsia hepática y de ganglios mesentéricos (Figura 3).

El estudio de anatomía patológica informa quiste de colédoco revestido por células cilíndricas y ausencia de células atípicas. En ganglio mesentérico hiperplasia linfocelular ganglionar y en tejido hepático ausencia de cirrosis.

Cursa buena evolución postoperatoria, otorgándose el alta hospitalaria al 7º día postoperatorio, con control por consultorio externo de cirugía y endocrinología.

DISCUSIÓN

Los quistes de colédoco son una patología infrecuente cuya

primera descripción data de 1723, año en que el anatomista Vater hace una descripción original del primer caso de un quiste congénito de colédoco. Sin embargo, el primer caso documentado, fue publicado por Douglas en 1832. Este informe clínico incluía detalles de la estructura quística y consideraba que la etiología era secundaria a una debilidad congénita del colédoco. Desde entonces, han seguido publicándose en el mundo más reportes, dirigidos a incrementar el conocimiento de esta patología.

A través del tiempo se han discutido una infinidad de hipótesis con relación a la etiología del quiste de colédoco, centrándose la mayor controversia en la patogénesis congénita o adquirida.

Nosotros consideramos, al igual que Babbitt y col. (1973),

que se trata de una malformación congénita en la unión de los conductos pancreático y biliar, consistente en un extremo distal del colédoco que desemboca directamente en el conducto pancreático, entre 2 a 3.5 cm. proximal a la ampolla de Vater, lo cual daría origen a un conducto común pancreático-biliar anormalmente largo, que permitiría el reflujó de las secreciones pancreáticas hacia la vía biliar. Por otra parte, el carácter congénito está descrito por Chemouny (1988) donde encontró casos a raíz de ecografías prenatales.

La clasificación de los quistes de colédoco se establece por dos criterios: morfología y localización. En el año 1959 Alonso-Lej los clasificó por primera vez en tres tipos. Posteriormente, Todani y col. (1977) describieron otras dos formas de presentación, y completaron la clasificación en 5 tipos. En nuestro caso se trata de un quiste de colédoco tipo I de la clasificación de Todani, que es el tipo más frecuente en todas las series reportadas (85 al 90%).

Con respecto a los síntomas y signos de presentación, el dolor abdominal es el síntoma más frecuente (1,6,7) sobre todo en adultos. La ictericia intermitente y la colangitis se observan con mayor frecuencia en la infancia (1) y la tríada clásica diagnóstica de dolor abdominal, masa palpable en hipocondrio derecho e ictericia se presenta entre el 13 y 66 % de los pacientes según las diferentes series siendo más constante, su hallazgo en los pacientes adultos (6). Nuestra paciente se presentó con dolor abdominal y subctérica en el contexto de una cetoacidosis diabética, lo cual constituye una

forma muy infrecuente de diagnosticar este tipo de enfermedad.

Los métodos complementarios de imágenes nos permiten un diagnóstico preoperatorio preciso. La ecografía abdominal permite descubrir una cavidad quística en el pedículo hepático, cálculos en el interior de la cavidad y el engrosamiento de la pared quística podría incluso evocar un proceso tumoral. También puede mostrar el tamaño y la existencia de cavidades quísticas dentro la vía biliar intrahepática.

La TAC proporciona una clara demostración del tamaño, extensión y naturaleza quística de la lesión extra e intrahepática (1).

La CRMN permite confirmar el diagnóstico y definir el tipo de la dilatación quística. Permite descubrir la presencia eventual de cálculos en la cavidad quística, la vía biliar subyacente, el conducto de Wirsung y sospechar un tumor ante un aspecto polipoideo de la cavidad quística. En algunos casos permite reconocer la existencia de un conducto común.

En nuestro caso la ecografía y TAC no fueron concluyentes y finalmente la CRMN nos permitió llegar al diagnóstico de quiste de colédoco tipo I con litiasis intraquística.

El manejo de los quistes de colédoco debe ser quirúrgico en todos los casos. Esto se comprueba al revisar los porcentajes de mortalidad en pacientes que se manejan médicamente, en los cuales alcanzan del 90 al 100% de acuerdo a los diferentes autores revisados (2,6).

El tratamiento quirúrgico es variable, dependiendo del tipo

de quiste y el estado en que se encuentre la enfermedad en cada caso (2).

El abordaje quirúrgico de los pacientes que presentan complicaciones de un quiste de colédoco, tales como septicemia debida a colangitis o disfunción hepática con ictericia, debe ser de urgencia y no debería ser la resección quirúrgica en primera instancia. En estos casos es aconsejable el drenaje de la colangitis a través de una papilotomía endoscópica con o sin colocación de stent biliar o el drenaje percutáneo de la vía biliar. Estos procedimientos miniinvasivos solucionan el problema infeccioso y posteriormente con el paciente en condiciones electivas, se realiza el tratamiento quirúrgico definitivo.

En los quistes tipo I no complicados la resección total y reconstrucción con asa en Y de Roux por vía abierta o laparoscópica, es actualmente el procedimiento de elección (3,7,8-10). Esto se ve respaldado por una baja incidencia de complicaciones postoperatorias, disminución de la incidencia de carcinoma y disminución de la incidencia de colangitis (3,9,11).

Como nuestro caso se trató de un quiste tipo I, realizamos colecistectomía, resección en bloque del quiste y hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. También realizamos biopsia hepática para descartar una complicación tardía como lo es la cirrosis biliar secundaria.

El tamaño del quiste puede variar desde 2 a 30 cm. de diámetro. En los casos reportados en la literatura se han encontrado quistes de colédoco con capacidad para contener hasta 4000 cm³ de bilis (12). El hallazgo

intraoperatorio de nuestro caso fue un quiste de gran tamaño (10x10 cm. de diámetro), con componente inflamatorio y adherido a órganos vecinos por lo que su resección fue muy difícil.

La complicación más temida y por la cual se debe realizar la resección del quiste es el cáncer biliar. Esta complicación es conocida sobre todo gracias a las publicaciones japonesas. Tras la experiencia de 73 instituciones japonesas, reuniendo 881 quistes de colédoco, publicada por Toddani y col. (1987), la incidencia de cáncer biliar es del 17.5%. El 57.8% de los cánceres se observaron en la vía biliar y el 40.3% en la vesícula. En el 83.7% de los casos se trató de un adenocarcinoma.

El cáncer podría presentarse en todos los tipos de dilatación quística, pero la prevalencia es significativamente mayor en los tipos I y IV. En nuestro caso la anatomía patológica informó quiste de colédoco revestido por células cilíndricas y ausencia de células atípicas. Los estudios de Moir y col. (1987) muestra que los pacientes fueron dados de alta luego de los 7 a 14 días postoperatorios. En nuestra paciente el tiempo de hospitalización fue de 7 días postoperatorios.

CONCLUSIÓN

El quiste de colédoco en el adulto, en forma infrecuente puede presentarse como un hallazgo en el contexto de otra enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maingot S, Howard E. Quistes de colédoco. Operaciones abdominales. 8º edición. 1990; 73:1726-44.
2. Deziel D, Rossi R, Munson JL, Brasssch JW, Silverman ML. Management of bile duct cysts in adults. Arch Surg 1986; 121:410-5.
3. Toddani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. Congenital bile duct cysts. Am J Surg 1977; 134:263-9.
4. Babbitt D, Starshak R, Clemett AR. Choledochal Cyst. A concept of etiology. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1973;119:57-62.
5. Chemouny S. Diagnostic prenatal d'une image de dilatation kystique de la voie biliaire. Presentation de trois observations et discussion sur la conduite à tenir. These, Paris, 1988.
6. Nagorney D, McIlrath D, Adson M. Choledochal cyst in adults: Clinical management. Surgery 1984;96:656-63.
7. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst. Analysis of 1,433 patients in the Japanese literature. Am J Surg 1980;140:653-7.
8. O'Rourke RW, Lee NN, Cheng J, Swanstrom LL, Hansen PD. Laparoscopic biliary reconstruction. Am J Surg. 2004;187:621-4.
9. Lopez R, Pinson CW, Campbell J, Harrison M, Katon RM. Variation in management based on type of choledochal cyst. Am J Surg 1991;161:612-5.
10. Chijiwa K, Koga A. Surgical management and long-term follow-up of patients with choledochal cyst. Am J Surg 1993;165:238-42.
11. Akaraviputh T, Boonnuch W, Watanapa P, Lert-Akayamane N, Lohsiriwat D. Surgical management of adult choledochal cysts. J Med Assoc Thai. 2005; 88:939-43.
12. Payet C. Dilatación quística congénita del colédoco. Aportación de un caso. Academia Peruana de Cirugía 1958; 11:234-53.
13. Toddani T, Watanabe Y, Toki A, Urushihara N. Carcinoma related to choledochal cysts with internal drainage operations. Surg Gynecol Obstet 1987; 164:61-4.
14. Moir C, Scudamore Ch. Emergency management of choledochal cyst in the adults patients. Am J Surg 1987;153:434-8.