

Quistes del colédoco. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 6 pacientes.

Carlos Chamorro-Mera, M.D.¹, Edgar Cantillo S., M.D.² y Carlos Marín, M.D.³.

RESUMEN

Se presentan y discuten 6 pacientes con quistes del colédoco, 4 mujeres y 2 hombres en la primera y en la segunda década de la vida. Tan sólo en 3 casos se encontró la tríada de masa, dolor e ictericia. Se hace énfasis en los estudios de imágenes que ayudaron en el diagnóstico. Se analizan las historias clínicas y el tratamiento quirúrgico elegido en cada caso.

Los quistes del colédoco no son muy comunes entre los enfermos atendidos en el Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali, Colombia. Aunque esta institución no tiene una casuística, en general se aceptan las cifras de Singleton *et al.*¹ de 1/14 000 admisiones, aunque para otros^{2,3} pueden ser mucho menores³. En Colombia se han hecho publicaciones^{4,6} referentes a las modalidades diagnósticas y de tratamiento de esta entidad cuya tríada diagnóstica clásica la forman la masa abdominal palpable, la ictericia y el dolor cólico. En el HUV, una institución general de 500 camas, que tiene 23.773 admisiones por año, fue posible reunir 6 casos de 1972 a 1984. A continuación se informa sobre la manera de manifestarse, los métodos diagnósticos y de tratamiento y las técnicas que se emplearon.

PRESENTACION DE CASOS

Caso 1.

Historia 30663. Niña de 7 años; consultó porque desde 3 años atrás sufría de dolor cólico localizado en el epigastrio y sin

irradiación. La última vez que tuvo el cólico fue dos días antes de la consulta; el dolor cedió con antiespasmódicos. Se quejaba de tener vómito alimenticio junto con el dolor. No había ictericia en sus antecedentes.

Al examen se encontró tinte icterico; dolor a la palpación en la región periumbilical y hacia el hipocondrio derecho. No se apreciaban masas intrabdominales. Bilirrubina directa, 2.8 mg%; indirecta, 1.6 mg%; total, 4.4 mg%. Leucograma normal. El ultrasonido mostró una masa quística (Figura 1) relacionada con la vía biliar y la porta hepatis. La vesícula era normal. Posteriormente se realizó una colangiografía endovenosa que confirmó los hallazgos del ultrasonido, con una clara diferenciación del quiste y de la vesícula biliar. Un conducto cístico de calibre normal unía la vesícula al quiste. En la serie gastroduodenal había compresión del bulbo y de la segunda porción del duodeno.

Se hizo tratamiento quirúrgico mediante coledocoyeyunostomía en Y de Roux. La evolución fue muy satisfactoria. El quiste encontrado pertenecía al tipo I según la clasificación de Alonso-Lej⁶.

Caso 2.

Historia 219488. Hombre de 20 años con anamnesis de dolor abdominal. Un año antes se le trató médicamente un episodio agudo caracterizado por distensión abdominal, vómito y aumento de las amilasas a 650 unidades que se diagnosticó como pancreatitis. La exploración quirúrgica encontró una estrechez distal del colédoco. Se practicó coledoctomía, con aceptable paso de exploradores al duodeno.

Ocho meses más tarde, en 1971, hizo un cuadro similar, con ictericia y fiebre por lo cual se decidió otra operación donde se observaron adherencias entre el colédoco y el duodeno. El paciente mejoró y se dio de alta. En 1973 consultó de nuevo por dolor abdominal, distensión, vómito e ictericia. Se practicó una colangiografía endovenosa (Figuras 2 y 3) que no permitió visualizar el colédoco; sin embargo, había una gran dilatación del arco duodenal que estaba lleno de aire y que lo

1. Profesor Titular, Departamento de Medicina Interna, Sección de Radiología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Asistente, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Médico Radiólogo, Centro Médico San José, Cali, Colombia.

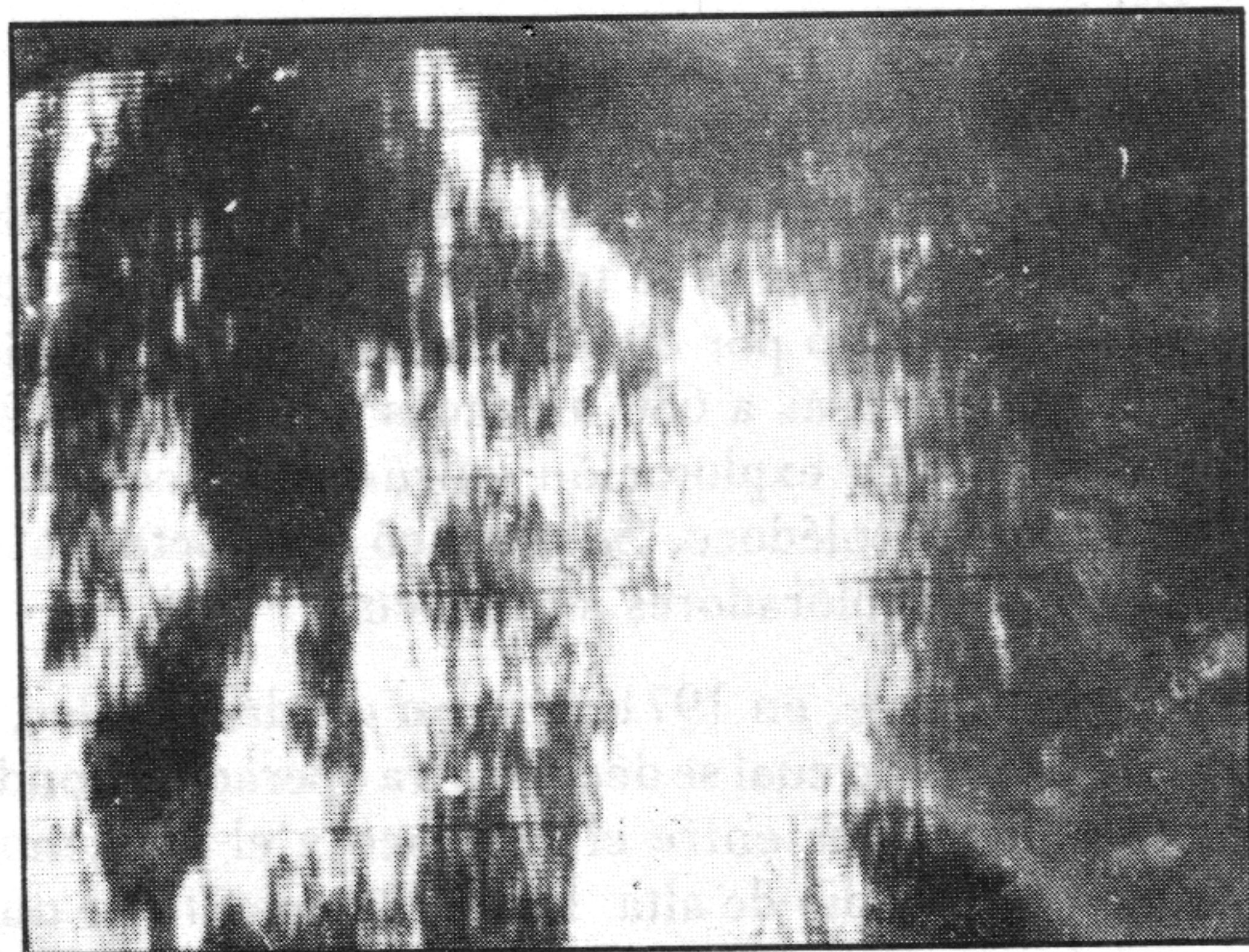
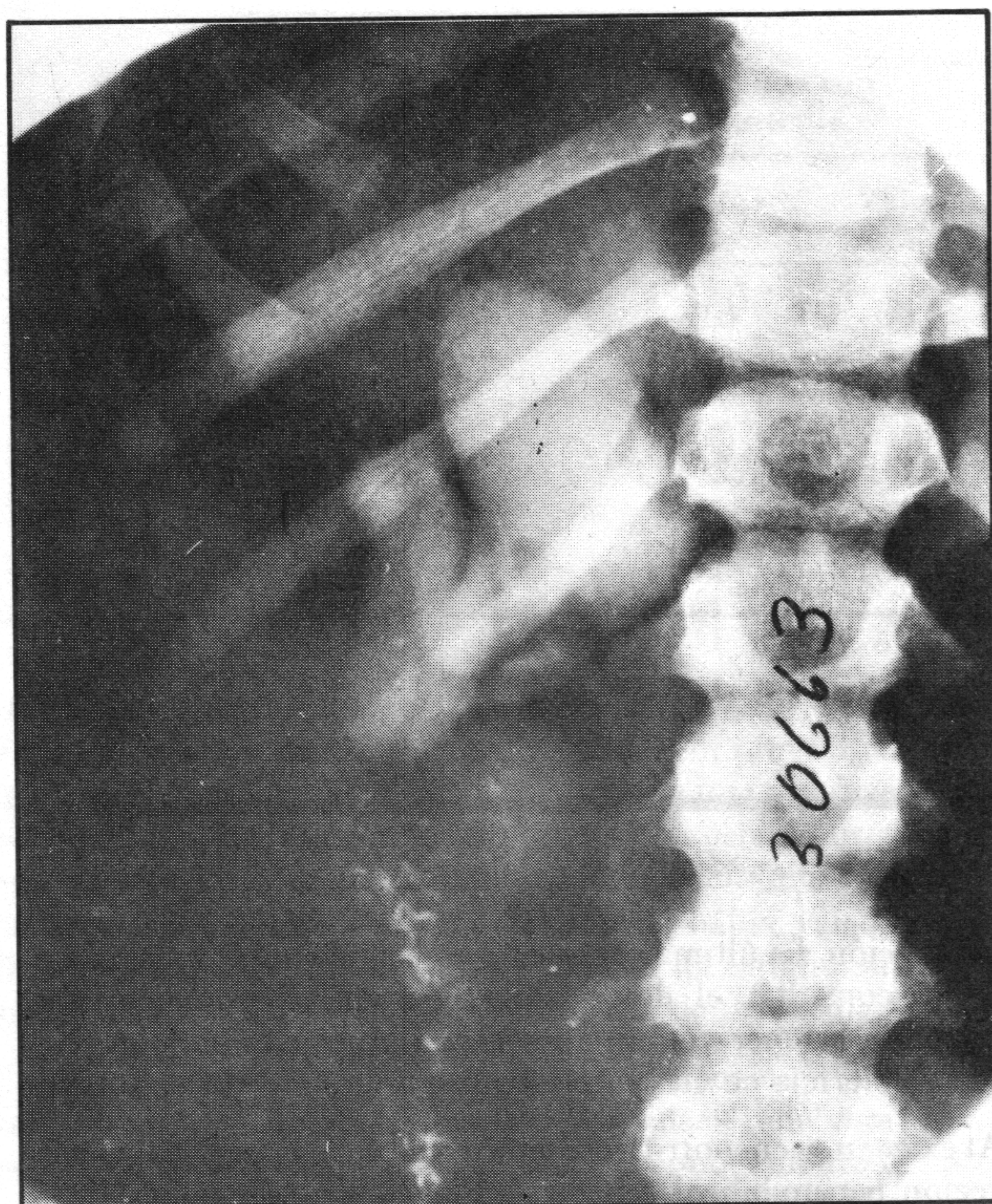


Figura 1. a) En la placa tardía de la colangiografía EV, se ve el quiste adentro y arriba, la vesícula de menor tamaño que el quiste por fuera del mismo y uniéndolos el conducto cístico. b) El ultrasonido de la vía biliar muestra iguales hallazgos, el quiste y la vesícula biliar.

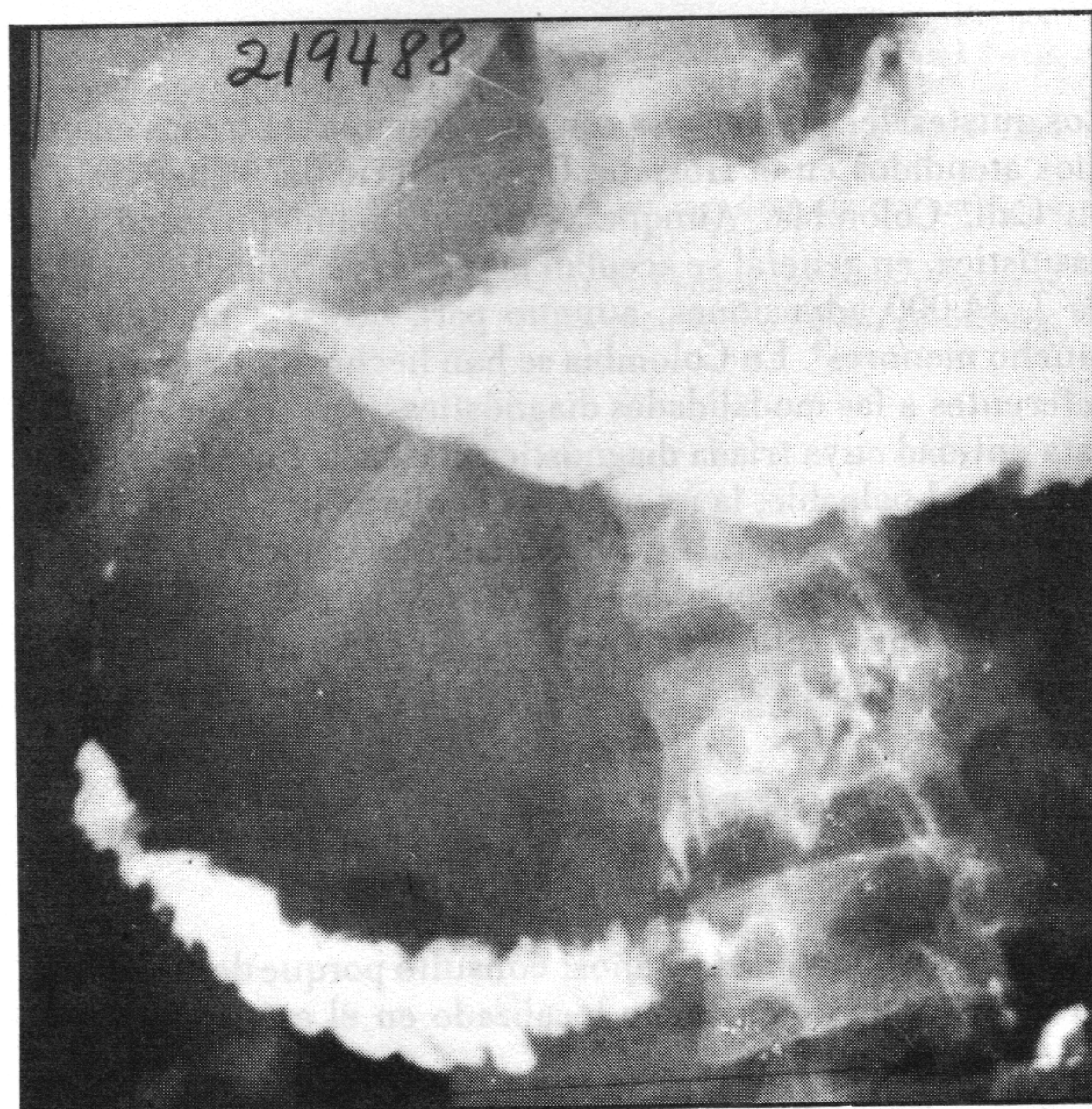


Figura 2. La colangiografía EV en este paciente no fue de ayuda, no hubo visualización del medio de contraste en la vía biliar. El luminograma muestra el duodeno distendido y aumentado de tamaño. b) Iguales hallazgos en la serie gastroduodenal.

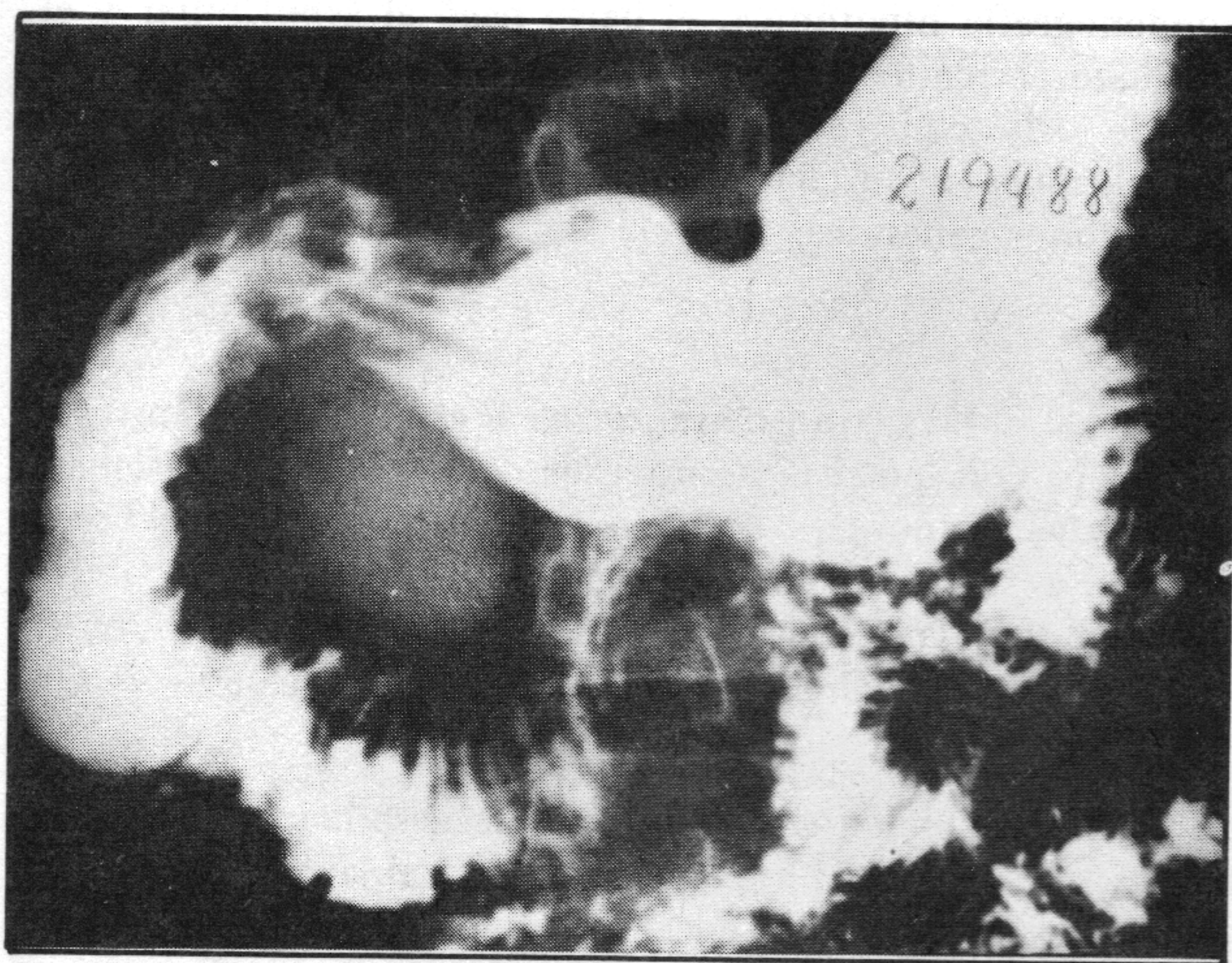


Figura 3. El marco duodenal presenta espiculaciones en su contorno interno por pancreatitis asociada. El quiste del colédoco se visualizó mediante colecistografía oral, proyectado dentro del marco duodenal.

hizo ver con facilidad. También se efectuaron colecistografía oral y serie gastroduodenal; el arco duodenal estaba dilatado y su contorno interno tenía espiculaciones atribuibles a la pancreatitis crónica; se apreció el colédoco dilatado y con aspecto de quiste que se proyectaba dentro del arco duodenal.

En la intervención se encontró el quiste del colédoco; se practicó una coledocoyeyunostomía en Y de Roux y gastro-yeyunostomía. En el postoperatorio hubo un síndrome de asa aferente que cedió con tratamiento médico.

Caso 3.

Historia 492575. Mujer de 20 años que después de haber ingerido un purgante, tuvo dolor epigástrico, sensación de llenura, ictericia, prurito generalizado, epistaxis y deposiciones diarreicas de color blanco. Había una masa blanda en el hipocondrio derecho, sensación de llenura, intolerancia a los alimentos grasos, acolia, y coluria.

El examen físico reveló ictericia, hemorragia en las conjuntivas, hepatomegalia no dolorosa a 4 cm por debajo del reborde costal, pero no se apreció la masa descrita antes. Bilirrubina total, 7.5 mg%; directa, 4.5 mg%; fosfatasas alcalinas, 325 U; transaminasas GOA, 240 U. La biopsia del hígado diagnosticó hepatitis crónica (¿ingestión de un hepatóxico?). La serie gastroduodenal (Figura 4) mostró un marco duodenal amplio, con imagen de compresión sobre su contorno externo. En la placa de decúbito lateral derecho había compresión anterior del estómago, del bulbo duodenal y de la segunda porción del duodeno. Una colangiografía endovenosa no logró demostrar la vía biliar ni la vesícula.

En la cirugía el colédoco era de aspecto quístico con barro biliar y "fibrosis del esfínter de Oddi". Se colocó un tubo en T en el colédoco y se hizo esfinteroplastia. La placa previa a la colangiografía por el tubo en T enseñó un colédoco lleno de gas con 5.3 cm de diámetro (Figura 4); el medio opaco pasó en forma fácil hacia el duodeno. En un control 9 meses después de la operación la enferma se encontraba asintomática; en la

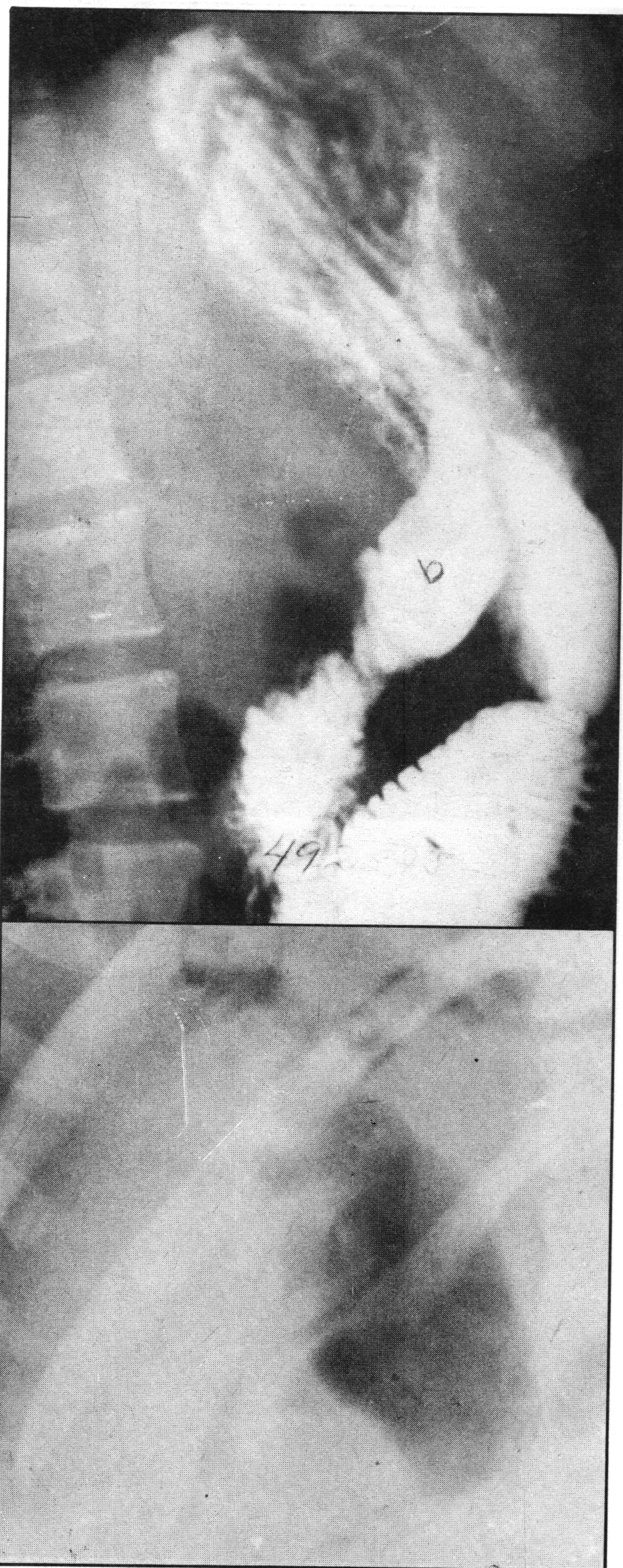


Figura 4. a) Hay rechazo anterior del bulbo (b) y de la segunda porción del duodeno en su mitad proximal. b) El quiste y las vías biliares intrahepáticas se ven llenas de aire que entró a través de la esfinteroplastia.

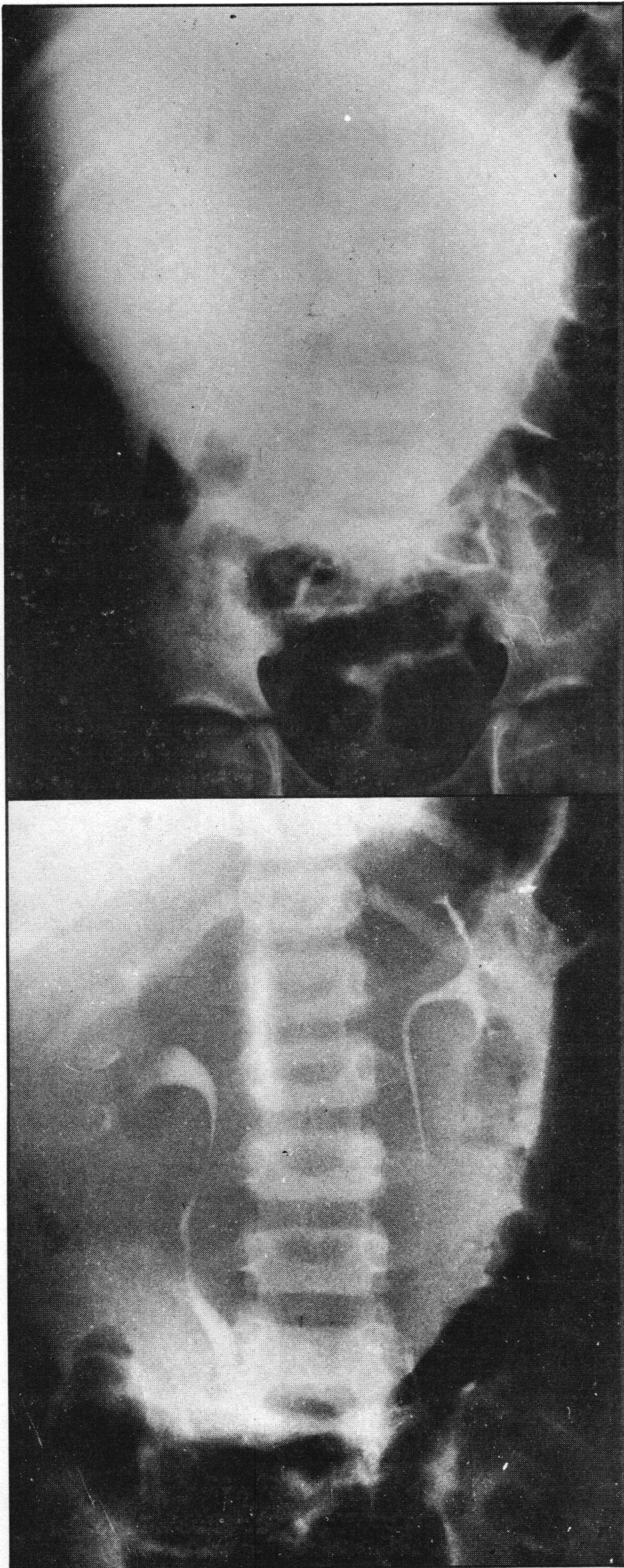


Figura 5. a) La placa simple de abdomen muestra una enorme masa que ocupa gran parte del abdomen y no se separa del hígado. b) La urografía excretora es normal; la masa es independiente de los riñones.

duodenografía hipotónica, el bario pasó al árbol biliar y el colédoco permanecía dilatado. Hubo un episodio de colangitis que cedió con tratamiento médico, y en el seguimiento 4 años después de su cirugía, la paciente estaba en aceptables condiciones generales.

Caso 4.

Historia 173441. Niño negro, procedente de Buenaventura, de 8 años con ictericia de 5 meses de evolución, sin fiebre, escalofríos ni anorexia. Se quejaba de dolor cólico en el hipocondrio derecho en forma episódica e hinchazón del abdomen. No tenía antecedentes de hepatitis. Un año antes, en el curso de otro episodio de ictericia, las heces eran acólicas y la orina colúrica.

Al examen se encontró un niño mal desarrollado, con temperatura bucal de 38°C y 21 kg de peso. Había una gran masa dolorosa a la palpación, en el hemiabdomen superior. Algunos observadores creyeron que existía ascitis. El diagnóstico de ingreso fue linfoma, hepatoma, desnutrición.

La radiografía simple de abdomen y la urografía excretora mostraron (Figura 5) una gran masa que ocupaba la mitad superior del abdomen y hacía cuerpo con el hígado. Los riñones, uréteres y vejiga eran normales. La ecografía (Figura 6) señaló en esta masa características de quistes; el riñón derecho, por detrás de la masa, mostraba signos de compresión, el quiste hacía cuerpo con el hígado. Al reunir el cuadro clínico, con los hallazgos radiográficos y ecográficos se hizo diagnóstico de quiste gigante del colédoco. El laboratorio indicó: fosfatasas alcalinas, 170; bilirrubina directa, 1.3; total, 2.6 mg%; leucograma, normal.

En la cirugía se comprobó un enorme quiste del colédoco; se hizo coledotomía y se colocó un tubo en T (Figura 7); el hígado era normal. El quiste estaba adherido a la pared anterior del abdomen y había malrotación del intestino como anomalía asociada. Con el tratamiento la bilirrubina se normalizó y las fosfatasas alcalinas descendieron, pero sin llegar a la normalidad, (89 U). En una nueva intervención se realizó cistoyeyunostomía en Y de Roux, apendicectomía y colecistectomía.

La evolución fue satisfactoria como se comprobó en los controles que se hicieron 3 meses después de la segunda operación quirúrgica.

Caso 5.

Historia 441360. Niña de 10 años; consultó por una masa abdominal que últimamente había crecido de tamaño. Presentaba además desde 15 días antes vómito e ictericia con dolor cólico localizado en el epigastrio e hipocondrio derecho. La madre informó que la niña se quejaba en forma discontinua de este dolor desde hacía unos 5 años, pero como últimamente la notó muy enferma, consultó a un médico que diagnosticó ascitis.

Al examen físico había una gran masa en la mitad superior del abdomen, muy globulosa, lisa y con algo de dolor. El laboratorio mostró bilirrubina total, 15 mg%; directa, 9.6 mg%; fosfatasas alcalinas, 70 U. La urografía excretora señaló la masa descrita, sin calcificaciones, cuyo borde inferior llegaba

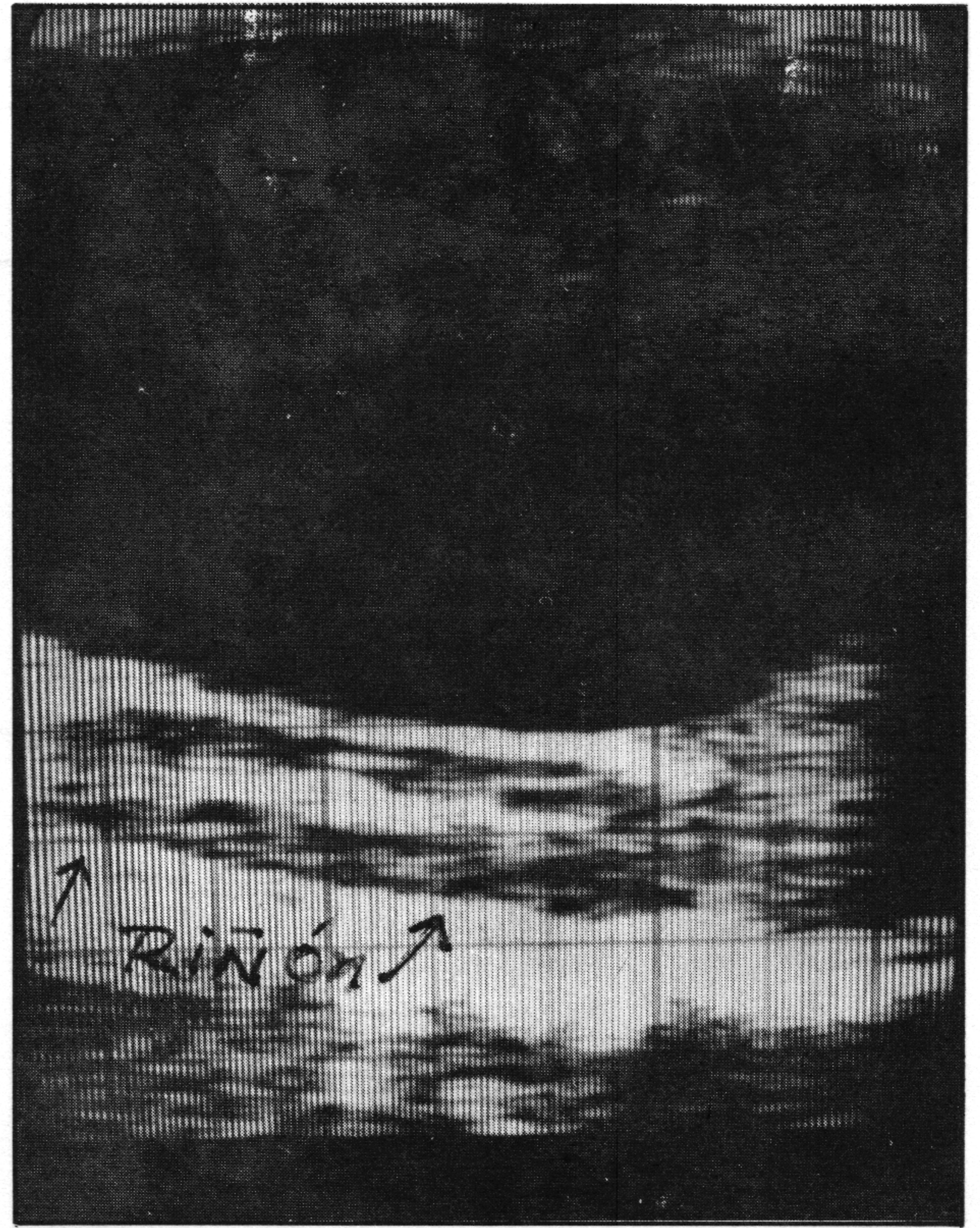
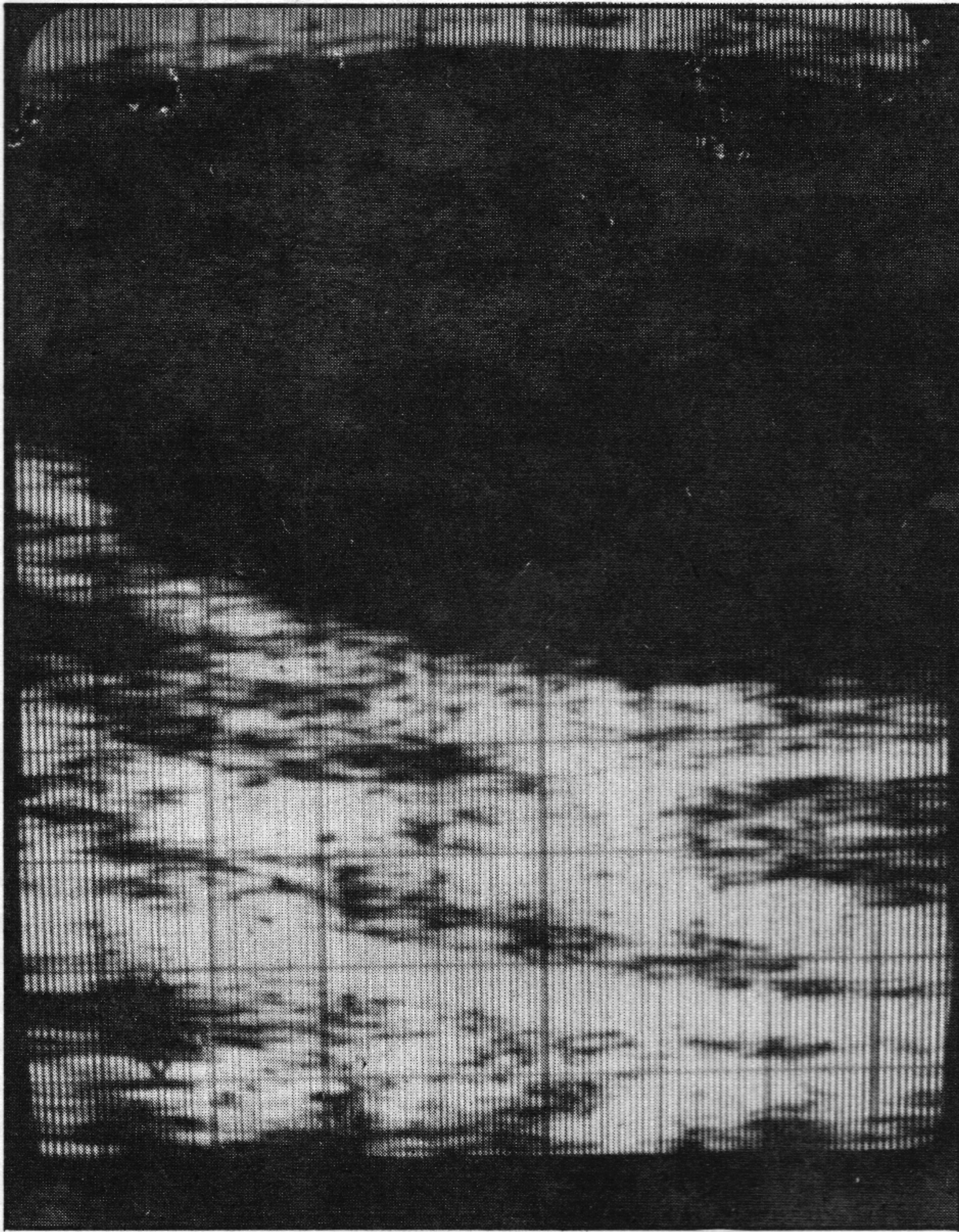


Figura 6. a) El ultrasonido a y b, permite visualizar un quiste gigante por delante del riñón, derecho que se ve detrás de la gran masa quística.



Figura 7. La colangiografía por el tubo en T muestra el quiste disminuido de tamaño, los conductos intrahepáticos no están comprometidos. Quiste tipo I.

hasta las crestas ilíacas y ocupaba los flancos. Los riñones y uréteres eran normales, sin evidencia de desplazamientos (Figura 8). En la serie gastroduodenal, se notó apertura del marco duodenal y compresión extrínseca. La colangiografía no fue de ayuda, pues no se visualizó el medio de contraste en la vía biliar. En la cirugía se encontró un enorme quiste del colédoco, tipo I. Se hizo derivación en Y de Roux y se colocó tubo en T. La evolución fue satisfactoria.

Caso 6.

Niña de 6 años con dolor cólico en el hipocondrio derecho e intolerancia a las grasas. Como antecedentes de importancia la madre refería manejo médico de 3 hepatitis. El examen físico, los exámenes de laboratorio y las pruebas hepáticas fueron normales. Una colangiografía endovenosa (EV) mostró una dilatación del colédoco de 6x9 cm; la vesícula tenía aspecto normal y era independiente del quiste. (Figura 9).

En la intervención se halló un quiste de colédoco tipo I; se practicó cistoyeyunostomía en Y de Roux. Evolucionó satisfactoriamente, según varios controles postoperatorios.

DISCUSION

Los 6 casos que aquí se presentan se reunieron en el curso de 12 años. Como el HUV tiene anualmente 23 773 egresos, resulta una incidencia baja de 1/47 545.

Los quistes del colédoco aparecen con mayor frecuencia en mujeres (4/2) y esta muestra concuerda con otras series⁷. Las

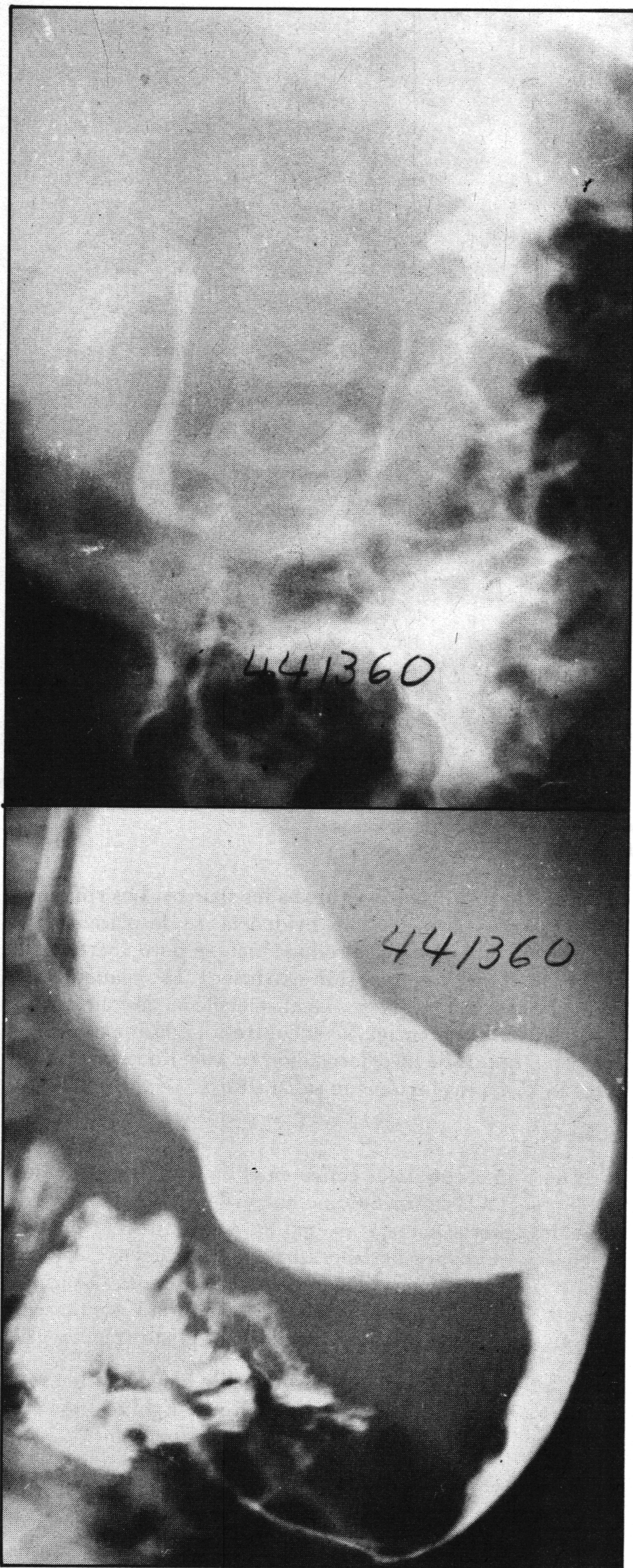


Figura 8. a) Hay notorio aumento y compresión del marco duodenal. b) La urografía excretora excluye que la tumoración sea de origen renal y se catalogó como normal. La enorme masa está por delante de los riñones, hace cuerpo con el hígado, su borde inferior llega hasta las crestas ilíacas.

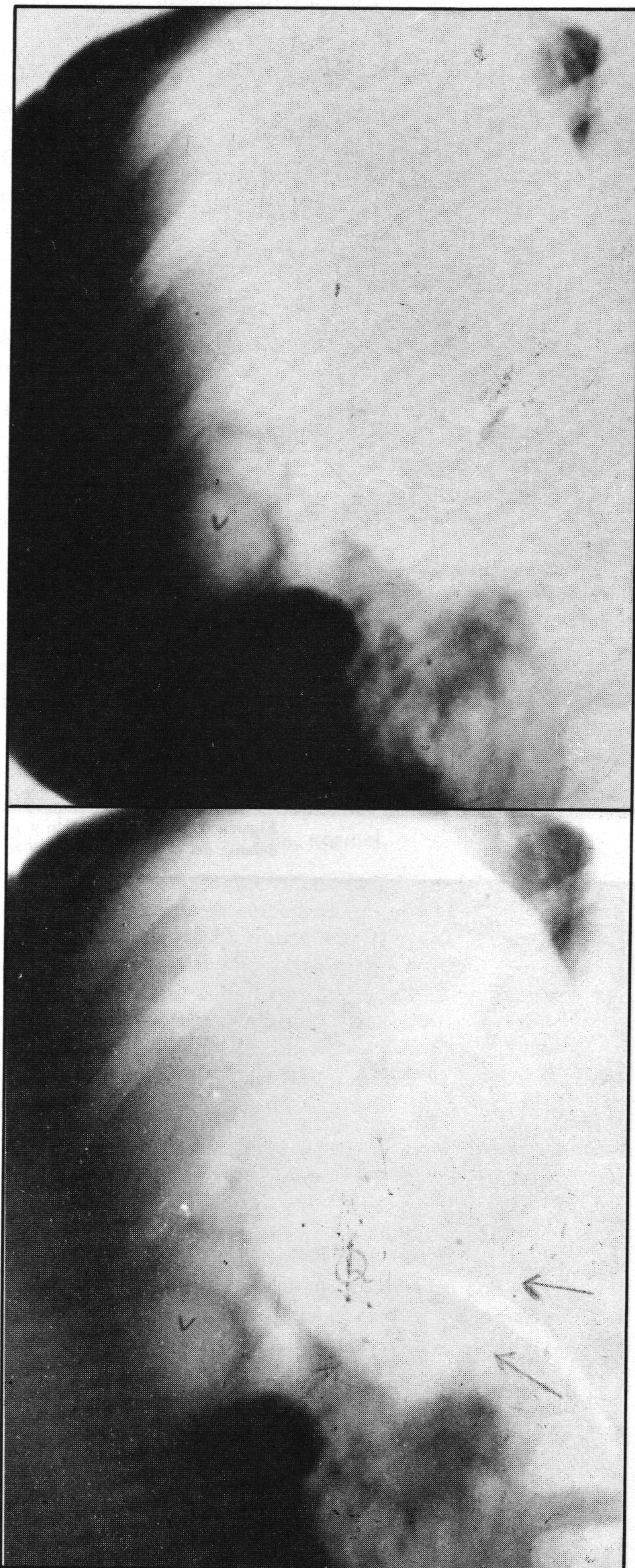


Figura 9. La colangiografía EV (a y b) en la placa tardía muestra la vesícula (v); por dentro y encima de ella un quiste (q) de mayor tamaño que la misma vesícula. El paso del medio de contraste hacia el duodeno es satisfactorio.

CUADRO 1
Resumen de la Historia Clínica en cada uno de los Pacientes Presentados

Caso	Edad (años)	Sexo	Examen diagnóstico	Masa palpable	Dolor	Ictericia	Vómito	Otras anomalías y complicaciones
1	7	F	US, colangiografía EV	—	+	+	+	—
2	20	M	Colecistografía oral	—	+	+	—	Pancreatitis, estrechez colédoco
3	20	F	SGD	+	+	+	—	Fibrosis esfínter Oddi, hepatitis crónica, colangitis
4	8	M	US, urografía excretora	+	+	+	—	Adherencia pared abdomen malrotación intestinal.
5	10	F	SGD, urografía excretora	+	+	+	+	—
6	8	F	Colangiografía EV	—	+	+	—	—

US = Ultrasonido

SGD = Serie gastroduodenal

edades fluctuaron entre 7 y 20 años. Solamente en 3 casos se presentó la tríada de dolor, masa e ictericia. El síntoma más frecuente fue el dolor cólico, la mayoría de las veces localizado en el epigastrio. Si bien la ictericia no estaba presente al momento del ingreso en todos los enfermos, sí había historia de ella; p.e. el caso 6 registró 3 episodios de ictericia que habían sido tratados como "hepatitis".

Las anomalías y complicaciones encontradas junto con el quiste del colédoco fueron: fibrosis del esfínter de Oddi, adherencias del quiste a la pared abdominal, malrotación del intestino, episodios repetidos de pancreatitis y colangitis (Cuadro 1). Los exámenes que ayudaron al diagnóstico fueron el ultrasonido en dos casos, en cuatro casos se hicieron colangiografías EV que en 2 confirmó el diagnóstico, con muy buena visualización del quiste. La colecistografía que se ha catalogado como un examen inútil por la no visualización de la vesícula ni del quiste⁷ fue diagnosticada en el caso 2, donde logró demostrar el quiste con muy buen detalle. La serie gastroduodenal mostró compresión del arco duodenal y aumento del mismo en 3 casos y en otro había compresión extrínseca del bulbo duodenal e indentación del mismo; 2 urografías realizadas en niños permitieron descartar la presencia de patología retroperitoneal y renal, en ambos se palpaban masas abdominales.

En ninguno de los casos se hizo tomografía computadorizada (TC) que es de ayuda diagnóstica⁸⁻¹⁰ cuando se dispone de este método sobre todo de la extensión intrahepática. El quiste por ser de consistencia líquida es fácilmente visible en la TC aun sin la ayuda de medios de contraste; informa además de la integridad morfológica del hígado y de la prolongación intrahepática del quiste que se puede presentar en algunos casos. Con estudios radiológicos convencionales como la colecistografía, la colangiografía EV y sobre todo el ultrasonido² se puede establecer el diagnóstico preoperatorio. El ultrasonido por sus costos, facilidad de cortes anatómicos longitudinales y transversales, debe ser el examen de imagen de elección. Mediante esta ayuda diagnóstica se puede medir el diámetro del colédoco, el tamaño del quiste, la presencia de cálculos

biliares etc. Ayudan también la colangiografía transparieto-hepática y la pancreatocolodocografía retrógrada⁷ y los estudios con isótopos radiactivos a base de tecnecio 99¹¹.

Cuando los quistes son gigantes pueden simular la presencia de ascitis (Casos 4 y 5). Un buen interrogatorio y un examen clínico cuidadoso, ayudan a dilucidar el diagnóstico. Otras complicaciones asociadas con los quistes del colédoco son: colecistitis, cálculos biliares¹², cáncer del colédoco sobre todo en la literatura japonesa⁸, hasta en 4%, cirrosis e hipertensión portal¹.

SUMMARY

Six cases of choledochal cysts are described, 4 women and 2 males, during first and second decades of life. Only in 3 cases the triada of mass, abdominal pain and jaundice was present. The imaging studies such as: ultrasound, CT, isotopes scanning, oral cholecistography, intravenous cholangiography are described and some of them were made in these patients. Summaries of the charts, treatments and surgical techniques are presented.

REFERENCIAS

1. Singleton, E. B., Wagner, M. L. y Dutton, R. V.: **Radiology of the alimentary tract in infants and children**. Pp. 399-404. Saunders Co., Philadelphia, London, 2nd ed., 1977.
2. Klein, G. M. y Frost, S. S.: Newer imaging modalities for the preoperative diagnosis of choledochal cyst. **Am J Gastroenterol**, 1981, **76**: 148-152.
3. Tsardakas, E. N. y Robnett, A. H.: Congenital cystic dilatation of the common bile duct; report of three cases, analysis of 57 cases and review of the literature. **Arch Surg**, 1956, **72**: 311-327.
4. Esguerra-Gómez, G. y Riveros-Gamboa, E.: A case of multidiverticular cystic dilatation of the common and hepatic ducts. **AJR**, 1965, **94**: 477-479.
5. Espinel, R., Sabogal, E. y Morillo, G.: Dilatación congénita quística el colédoco. **Rev Soc Col Pediat Puericul**, 1963, **5**: 215-219.
6. Jaramillo-López, A. y De la Hoz, J.: Dilatación quística del colédoco. **Tribuna Med**, 1973, **47**: 17-24.
7. Núñez, M., Lees, D. C. y Hermann, R. E.: Bile duct cysts. **Am J Surg**, 1982, **144**: 295-298.

8. Araki, T., Itai, Y. y Tasaka, A.: CT of choledochal cyst. **AJR**, 1980, **135**: 729-234.
9. Havrilla, T. R., Haaga, J. R., Alfidi, R. J. y Reich, N. E.: Computed tomography and obstructive biliary disease. **AJR**, 1977, 128: 765-768.
10. Levitt, R. G., Sagel, S. S., Stanley, R. S. y Jost, R. G.: Accuracy of computed tomography of the liver and biliary tract. **Radiology**, 1977, **124**: 123-128.
11. Rosenthal, L., Schaffer, E. A. y Lisbona, R.: Diagnosis of hepatobiliary disease by 99 m Technecium-Hida cholescintigraphy. **Radiology**, 1978, **126**: 467-474.
12. Chahremani, G. G., Chien-Tai, L., Woodlief, R. M. y Chuang, VP.: Choledochal cyst in adults. A clinical and radiological study in ten cases. **Gastrointest Radiol**, 1977, **4**: 305-314.