

Quiste Congenito del Coledoco

Dr. Jorge Ronald Ocampo Mora*
 Dr. Danilo de Franco Montalván**
 Dr. Ivan Moreno Rampani***
 Dra. Ana Virginia Chacón Zamora****

INTRODUCCION

El quiste del colédoco o dilatación congénita del conducto biliar común, es una entidad muy rara.

Las revisiones más completas de este problema, corresponden a Shallow y Colab. (9) con 175 casos en 1943. Alonso Lej y Colab (1) con 403 casos en 1959. Una tercera parte de los casos, han sido reportados por autores japoneses, se acepta como un problema congénito.

El presente trabajo reporta un caso manejado en el Hospital de San Isidro de El General.

Reporte de un caso clínico

Hospital Escalante Pradilla, expediente N° 27654271. Paciente femenina de raza blanca, de 2 años de edad, vecina de Pedre-

goso de Pérez Zeledón. Antecedentes familiares sin importancia. Producto del primer embarazo, de término, nació por cesarea por D.C.P. Lloró al nacer, no cianosis, no ictericia, se le aplicó B.C.G. tuvo lactancia materna por 11 meses. Ablactación desde el tercer mes de edad. Actualmente alimentación adecuada en calidad y cantidad.

Inicia hace ocho meses dolores abdominales frecuentes cada quince días, acompañados de vómitos. Duerme mal. Presenta cuadro diarreico hace cuatro meses y quince días después inicia coluria e ictericia en aumento, se trata como Hepatitis viral, pero la ictericia aumenta y persiste, se interna con diagnóstico de Hepatitis crónica.

El examen físico mostró una niña con peso de 9.500 gramos, talla 83 cm, temp. 37,8°C, F.C. 136 X', FR 32 X', C.C 48 cm, C.T. 47 cm, C.A. 43 cm.

Los datos positivos fueron: ictericia moderada, evidente en piel y conjuntivas.

Abdomen blando, no doloroso, se palpa hepatomegalia de 10 cm. BR. C-D, borde liso, levemente aumentado de consistencia, superficie lisa.

Bazo no se palpa, el resto de exploración física negativa.

El tratamiento y diagnóstico se encaminó hacia hepatitis crónica. Se mantuvo decaída, hiporéxica, sin vómitos, sin diarreas. Orinas colúricas, deposiciones amarillas claras.

Se practicó biopsia hepática con aguja de Vin Silverman, obteniendo poco material para examen histológico.

Al cuarto día de hospitalización, se palpa

* Pediatra, Asistente, Servicio Pediatría Hospital Escalante Pradilla.
 ** Cirujano Pediatra, Jefe Servicio Pediatría Hospital Escalante Pradilla.
 *** Radiólogo, Servicio de Radiología, Hospital Escalante Pradilla.
 **** M.Q.C., Laboratorio del Hospital Escalante Pradilla.

masa en abdomen, región de hipogastrio en plano profundo, redonda y tensa, algo fija y debajo del borde hepático. Presenta coluria y heces acólicas, fosfatasa alcalina elevada, ictericia de tipo obstructiva. Se sospecha Quiste de colédoco y se indican estudios radiológicos.

La colangiografía fue negativa (por la ictericia).

El colon por enema revela desplazamiento del colon transverso, hacia abajo, en el ángulo derecho. (Foto Nos. 1 y 2).

La opacificación total muestra una imagen redonda de unos 15 cm. de diámetro que desplaza el colon. (Fotos Nos. 3 y 4).

Se realiza duodenografía hipotónica, mostrando la ampliación del marco duodenal, por tumoración redonda en este sitio (Fotos Nos. 5 y 6).

Tratamiento: quirúrgico, se encontró quiste del conducto colédoco, del cual se extrajeron por aspiración 350 ml. de bilis espesa. Se realiza operación de coledococistoduodenostomía, dejando drenaje de Pen-Rose en el hiato de Winslow.

La paciente tuvo evolución satisfactoria, la ictericia clínica y del laboratorio, disminuyó en forma importante.

El cultivo de bilis fue negativo, a pesar de esto se mantuvo con antibióticos por 10 días. Toleró muy bien la vía oral, evolucionó satisfactoriamente en el período post-operatorio de dos semanas. Se controlará evolución a largo plazo.



Figura 2



Figura 3

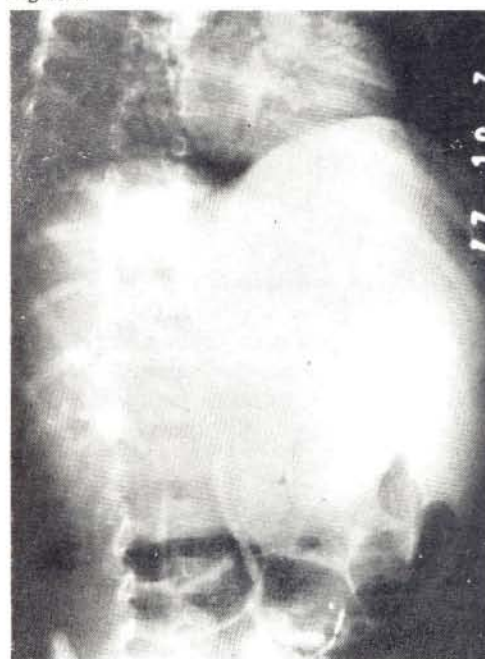


Figura 4



Figura 5

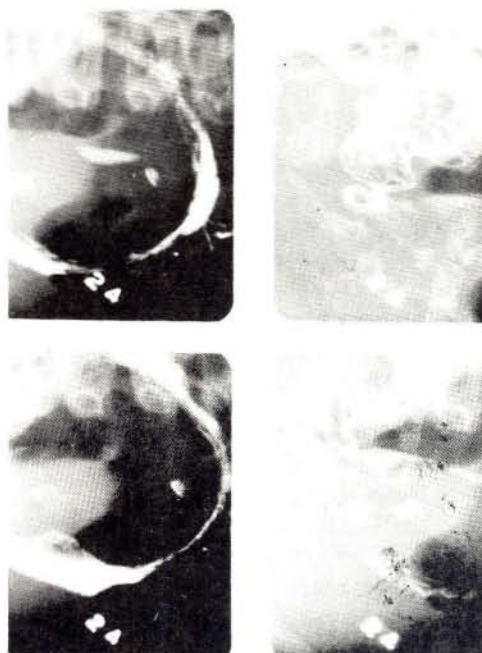


Figura 6

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMEN	PRE-OPERATORIO	POST-OPERATORIO
Bilirrubinas T-F Mg%	Total: 16 - 12 - 11.6 - 10.9 - 10.3	4.6 - 3.4 - 2.75
	Directa: 11 - 5.9 - 6.8 - 5.5 - 4.4	2.7 - 2.2 - 1.25
	T.G.O: 330 - 119	12
Transaminasas U/ml.	T.G.P.: 130 - 55	10
T.P.	12.5 seg./100 % - 13 seg. 100 %	
T.P.T.	39 seg.	39 seg.
Fosfatasa alcalina U/B	24 - 36 - 24.6	
Ag. de Australia	Negativo	
VES	34 mm/hora	13.8
	Hb/O 10	44
Hb. gr./100 ml.	H.T.O. 31 - 32	
Nat. Meq./Lt.		131 - 140
Kt Meq/Lt.		4.5 - 4.3
	Alb: 4.5 gr%	
	Glob: 2.5 gr%	
Leucocitos	9.900 - Dix. 1-0-0-0-6-55-38-0	
Cultivobilis	Negativo, no hubo crecimiento	

Comentario

En la literatura mundial, especialmente inglesa, se han reportado 500 casos hasta 1968 por Lee (7), Alonso Lej (1), Tsardakas (11), Shallow (9).

De 1968-1972 han sido reportados 146 casos más, por diferentes autores. Una tercera parte de los casos fueron reportados por autores japoneses, esto indica que los japoneses son particularmente afectados.

La etiología del problema se ha discutido en la literatura y existen varias hipótesis (Klotz D.) (5) Hugh H. (3).

- 1.- Combinación de obstrucción distal con alteraciones locales de la pared del colédoco.
- 2.- Debilidad del conducto común biliar.
- 3.- Inadecuada proliferación del epitelio.
- 4.- Ruptura intrauterina del conducto biliar.

5.- Accidentes vasculares.

La más aceptada es la inadecuada proliferación de células epiteliales, postulada por Yotsuyanagi.

Alonso Lej (1) hace la mejor clasificación de tipos de dilatación congénita de vías biliares. (Gráfico N° 1).

El caso A₁ es el típico quiste del conducto biliar común y el más frecuente.

El caso A₂ es un divertículo de una de las paredes del colédoco, sólo se han reportado 13 casos por Kasai en la literatura (4).

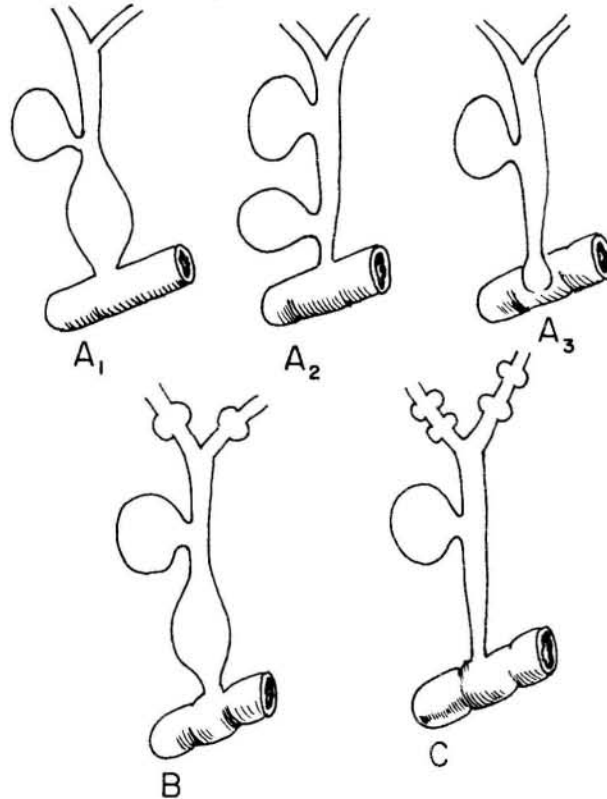
El tipo A₃ es el coledococoele, sólo hay 9 casos reportados también por Kasai (4).

Las formas mixtas conllevan dilatación quística del colédoco, en asociación con dilatación hepáticas, se han reportado 32 casos por varios autores (7), (11), (13).

Los del tipo C son intrahepáticos y son raros, son casos aislados y se asocian a fibrosis quística del páncreas.

GRAFICO No. 1

CLASIFICACION DE ALONSO LEJ DE LOS TIPOS DE DILATACION CONGENITA DE VIAS BILIARES



En la mayoría de las series reportadas Hugh (3), Shallow (10), Tsardakas (12), Alonso Lej (1), la frecuencia es con predominio del sexo femenino; 7 mujeres por 2 varones.

Para Lee (8) el diagnóstico en niños menores de 10 años, se realiza en un 55.7% de los casos y para menores de 20 años en un 74.3%.

La sintomatología clásica es la masa abdominal palpable. En 97 casos estudiados por Lee (8), la ictericia correspondió al 67% de los casos, el dolor abdominal 60.9% y masa palpable al 52.6%. La mayoría de los casos en 60% presentaron por lo menos 2 síntomas.

Duckett (2) reporta en su serie, 3 recién nacidos, en los cuales el diagnóstico diferencial con atresia de vías biliares fue difícil.

Los diferentes autores enfatizan en el diagnóstico pre-operatorio, por medios radiológicos, como colangiografía (excepto con ictericia), serie gastroduodenal, angiografía selectiva, gamagrafía, ecograma, opacificación total. (14)

La duodenografía hipotónica utilizada en nuestro paciente dio magníficos resultados.

El tratamiento quirúrgico básico es a base de 3 intervenciones: a— coledocisto-duodenostomía, b— coledocisto-yeyunostomía, c— coledocisto-yeyunostomía con modificación de Roux en y, d— excisión primaria del quiste.

Los diferentes autores (2), (3), (4), (8), (9), presentan diferentes resultados de acuerdo a sus experiencias y técnicas.

También hay diferencias entre los autores en relación a complicaciones post-quirúrgicas de estenosis de la anastomosis o colangitis recurrente.

La mortalidad actual, promedio de esta patología con tratamiento quirúrgico es de 5-10%, mientras que con tratamiento médico conservador es de 96.6%.

Todos los casos, deben seguirse a largo plazo para valorar resultados y resolver pronto cualquier complicación que se presente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ALONSO LEJ F, et al *Congenital Cholechochal Cyst. With a Report of Two, and an Analysis of an cases, abstracted.* Surg. Gynec Ob. 108-130 Jan 1959.
- 2.— DUCKETT, et al. *Surgical Treatment of Idiopathic Dilatation of the Common Bile Duct in 14 Children.* J. of Pediatric Surgery, Vol 6 - 421-426. Aug. 1971.
- 3.— HUG H. et al. *Long term Follow - up Study of Patients with congenital Cystic Dilatation of the common bile Duct.* The A m J. of Surg. Vol 121 - 68-86 Jan 1971.
- 4.— KASAI *Surgical treatment of choledochal cysts.* Ann. Surg. 172:844. 1970.
- 5.— KLOTZ. et al. *Choledochal Cysts: Diagnostic and Therapeutic Problems.* J. of ped. Surg. Vol 8 No. 2 - 73.
- 6.— LONGIMIRE et al. *Congenital Cystic disease of the Liver an biliary System.* Ann. Surg 174:711, 1971.
- 7.— LORENZO et al. *Congenital dilatation of the biliary tract Am. J. Surg.* 121:510, 1971.
- 8.— LEE S. et al. *Choledochal Cyst. A report of Nine cases an Review of the Literature.* Arch Surg. Vol 99 - 19 July 1969.
- 9.— MASANOBU I. *Primary Excisión of Choledochal Cysts.* Surgery Vol 68, N° 884-88, nov., 1970.
- 10.— SHALLOW et al. *Congenital cystic dilatation of the common bileduct.* Ann. Surg. 117:355, 1943.
- 11.— TSUCHIDA et al. *Dilatation of the intraleptic bile ducts in congenital cystis DILATATION of the common bile duct.* Surgery 69:766, 1971.
- 12.— TSARDAKAS E. et al. *Congenital cystic dilatation of the common bile duct.* Arch. Surg 72:311, 1956.
- 13.— WARREN et al. *Biliary ducts* Surg Clin N. A. 48:567, 1968.
- 14.— ROSENFELD N. *Choledochal cysts: Roentgenographic Techniques* Radiology 114 113-119, 1975.