

Caso Clínico: Quiste de Colédoco Tipo I, a Propósito de un Caso Pediátrico.

Sandra Maribel Ruiz Arízaga¹, María Gabriela Cordero Cardenas², Lorena Uyaguari³, Fernando Marcelo Córdova Neira⁴.

1. Posgrado de Pediatría. Universidad del Azuay, Cuenca – Ecuador.
2. Servicio de Pediatría. Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador.
3. Servicio de Patología Clínica. Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador.
4. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Sandra Maribel Ruiz Arízaga
Correo Electrónico: sandra_maruiz@hotmail.com
Dirección: Av. José Carrasco Arteaga entre Popayán y Pacto Andino.
Cuenca, Azuay – Ecuador
Código postal: EC010203
Teléfono: [593] 072 819 219

Fecha de Recepción: 24-10-2015
Fecha de Aceptación: 15-04-2016
Fecha de Publicación: 20-07-2016

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Ruiz S, Cordero MG, Uyaguari L, Córdova F. Caso Clínico: Quiste de Colédoco Tipo I, a Propósito de un Caso Pediátrico. Rev Med HJCA 2016; 8(2): 209-213. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.2.cc.35>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2016 Ruiz et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Quiste de Colédoco, malformación congénita del árbol biliar poco frecuente y de etiología desconocida. Todani la clasifica en tipos I a V; el tipo I o dilatación fusiforme del colédoco es la más frecuente (90% de los casos). El diagnóstico certero se realiza mediante ultrasonido abdominal y el tratamiento es quirúrgico.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 10 años de edad con 5 años de evolución de episodios de dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio e hipocondrio derecho acompañados de náusea y vómito. Hospitalizada por dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho. La ecografía abdominal identificó una lesión quística junto a la vesícula y la colangiografía confirmó quiste de colédoco tipo I.

EVOLUCIÓN: Se planificó la realización de Colecistectomía más Cistectomía con reconstrucción de la continuidad anatómica mediante una hepático-yeyuno anastomosis en "Y de Roux". Luego del procedimiento quirúrgico tuvo una evolución favorable y sin complicaciones. Actualmente la paciente está asintomática con exámenes complementario de control normales.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico oportuno y tratamiento quirúrgico según el tipo de quiste, es seguro y eficaz, además es necesario el seguimiento semestral de por vida en estos pacientes para detectar precozmente posibles complicaciones.

***DESCRIPTORES DeCS:** QUISTE DEL COLÉDOCO/CIRUGÍA, ANASTOMOSIS EN-Y DE ROUX.

ABSTRACT

Case Report: Type I Choledochal Cyst, a Pediatric Case.

BACKGROUND: Choledochal cyst, a congenital malformation of the biliary tree with unknown etiology. Todani describes types I to V; type I or fusiform dilatation of the bile duct is the most frequent type (90% of cases). Accurate diagnosis requires abdominal ultrasound and the treatment requires surgery.

CASE REPORT: 10-years old female patient with 5-years evolution of episodic cramping abdominal pain located at epigastrium and right hypochondrium, nausea and vomiting. She was admitted because of cramping abdominal pain at right upper quadrant. Abdominal ultrasound identified a cyst next to gallbladder and cholangiogram confirmed type I choledochal cyst.

EVOLUTION: Cholecystectomy, Cystectomy and a Roux-en-Y anastomosis were planned. After surgical procedure the patient evolved favorably without complications. The patients is still asymptomatic with control complementary exams reported as normal.

CONCLUSION: Early diagnosis and surgical treatment according to the kind of cyst are safe and effective, a semiannual monitoring is necessary to detect possible complications.

KEYWORDS: CHOLEDOCHAL CYST/SURGERY, ANASTOMOSIS, ROUX –EN-Y.

INTRODUCCIÓN

El Quiste de Colédoco es una malformación congénita del árbol biliar caracterizada por dilataciones de las vías biliares a nivel extra e intrahepático o ambas a la vez; patología poco frecuente, con incidencia de 1 caso por cada 100000 - 150000 nacidos vivos (en países occidentales), 75% a 80% son diagnosticados en la infancia antes de los 10 años, y 20% en la edad adulta [1, 2]. Su etiología es desconocida, se presume que existe una anomalía en la unión bilio-pancreática por ausencia de función del esfínter de Oddi y aumento de la presión para el conducto pancreático, produciendo reflujo de las enzimas pancreáticas dentro del sistema biliar [3].

Según Todani se clasifica en: tipo I. Dilatación fusiforme del colédoco, tipo II. Divertículo en el cístico, tipo III. Coledococoele, tipo IV. Múltiples dilataciones quísticas intra y extrahepáticas de la vía biliar, tipo V. Enfermedad de Caroli [4].

Presentan una clínica variada, cursando asintóticamente; además es poco frecuente encontrar la triada clásica, constituida por dolor, ictericia y masa palpable [5]. Hasta 80% de los casos es diag-

nosticado antes de los 10 años y solo el 20% se detecta en la edad adulta, siendo la ecografía abdominal muy útil para valorar vía biliar extrahepática [6]. El tratamiento es quirúrgico, sin embargo depende del tipo de quiste; en los tipos I y IV, la técnica consiste en la exéresis del quiste y vesícula más una derivación con reconstrucción de la vía biliar por medio de una hepato-yeyunostomía en "Y de Roux", misma que puede ser realizada por vía laparoscópica o cirugía convencional [7, 8].

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino y 10 años de edad que presentó 5 años de evolución de un cuadro caracterizado por múltiples episodios de dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio e hipocondrio derecho acompañados de náusea y vómito en varias ocasiones; tuvo además un antecedente de Pancreatitis Aguda. Ingresó a hospitalización por dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho. Se realizó ecografía abdominal que identificó una lesión quística junto a vesícula (3cm de diámetro) (imagen 1), y colangioresonancia que confirmó la presencia de quiste de colédoco tipo I, según la clasificación de Todani (imagen 2).

Imagen 1. Ecografía de vía biliar extrahepática: lesión quística junto a vesícula.



Imagen 2. Colangioresonancia: Quiste de Colédoco tipo I.



EVOLUCIÓN

Para el tratamiento se planificó Colecistectomía más Cistectomía con reconstrucción de la continuidad anatómica mediante una hepático-yeyuno anastomosis en "Y de Roux" (imágenes 3a, 3b, 4 y 5). Los estudios de anatomía patológica reportaron colecistitis crónica, cístico normal y quiste de colédoco revestido por epitelio plano (imágenes 6, 7 y 8). La paciente tuvo una recuperación satisfactoria después del procedimiento, los controles y exámenes hasta la actualidad no han presentado alteraciones.

Imágenes 3a y 3b. Anastomosis hepato-yeyunal (unión del colédoco proximal e intestino).



Imagen 4. Anastomosis intestinal termino-lateral para completar la Y de Roux.

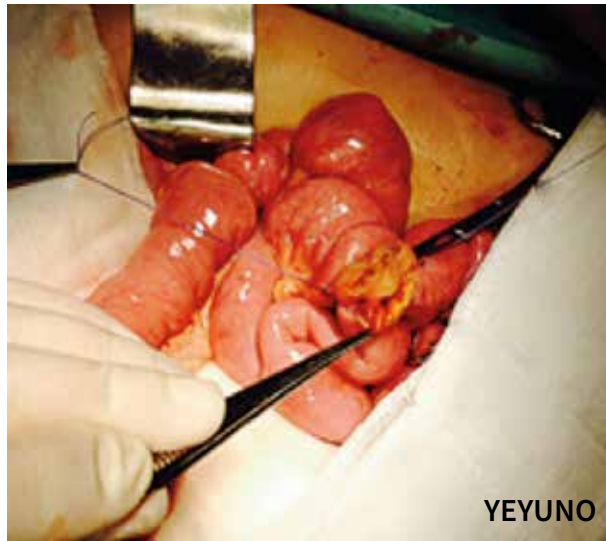


Imagen 6. Biopsia (7654-14 LU/CA): pared de la vesícula biliar que evidencia colecistitis crónica activa.

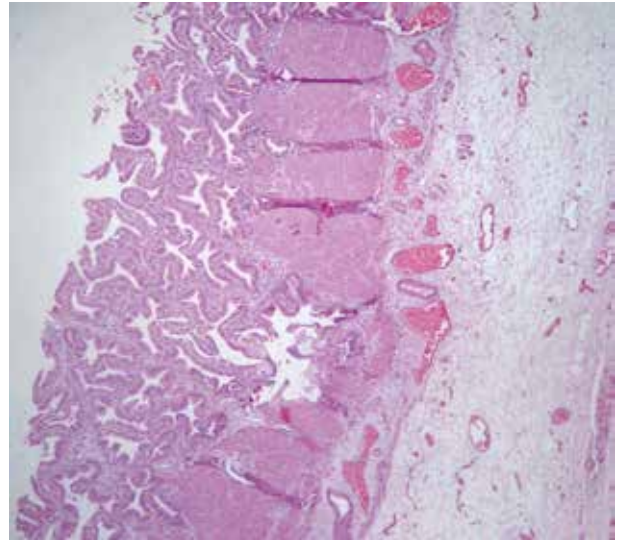


Imagen 5. Piezas anatómicas: Vesícula y Quiste de colédoco.

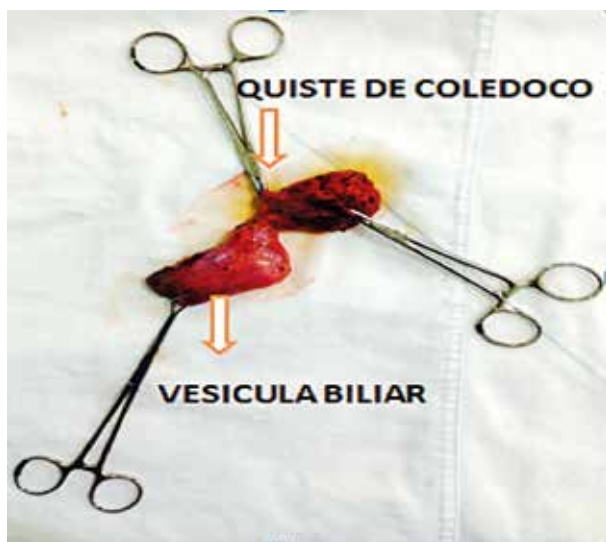


Imagen 7. Biopsia (7654-14 LU/CA): conducto cístico normal.

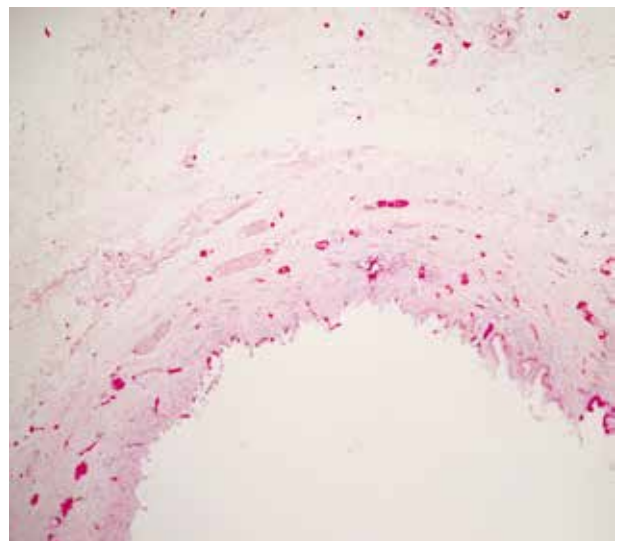
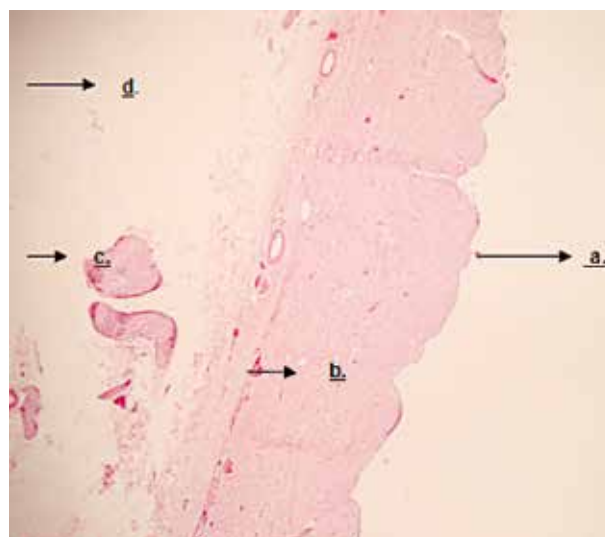


Imagen 8. Biopsia (7654-14 LU/CA): quiste de colédoco revestido por epitelio plano. a. Epitelio plano, b. Capa muscular, c. Vasos sanguíneos y d. Tejido adiposo.



DISCUSIÓN

El quiste de colédoco (QC) es una patología poco frecuente, con mayor prevalencia en el sexo femenino y antes de los 10 años de edad, su incidencia es de 1 caso por cada 100000 nacidos vivos. Su etiología se desconoce aunque se mantiene la teoría de anomalía congénita en la unión biliopancreática, en la que la ausencia de un esfínter propio del colédoco distal provoca reflujo crónico del jugo pancreático y la activación de las enzimas pancreáticas dentro de la vía biliar; existiría además un debilitamiento progresivo de su pared y dilatación sacular o quística, la misma puede aparecer en cualquier parte del árbol biliar y no se limita al colédoco [9].

En 1959 Alonso-Lej y cols, describieron tres tipos de QC basados en la anatomía de las lesiones, sin embargo más tarde esta clasificación fue modificada por Todani y cols, siendo aplicada actualmente por muchos cirujanos; el tipo I (dilatación fusiforme de colédoco) corresponde a entre el 50% y 80% de los casos, coincidiendo con el presentado (imágenes 1 y 2).

Los otros tipos de QC tienen frecuencia variable: tipo II (2%), tipo III (1.4%-4.5%), tipo IV (15%-35%) y tipo V o Enfermedad de Caroli (20%) [10-11]. Es una patología que suele cursar de forma asintomática en la mayoría de los casos, sin embargo solo el 20% de pacientes suelen presentar la triada clásica de ictericia, dolor abdominal y masa en hipocondrio derecho, el resto de pacientes se presenta con síntomas aislados; en otros casos inician con una de sus complicaciones como la formación de cálculos y colangitis (5%) debido a un estasis biliar, por otra parte la inflamación crónica y la formación de exudados a partir de epitelio displásico conduce a la formación de tapones de proteínas en el conducto pancreático y por ende, a pancreatitis e hipertensión portal por obstrucción parcial o completa de la vena porta [5-10]. En niños se debe estudiar como diagnóstico diferencial sobre todo si existe un dolor abdominal crónico, puesto que los quistes de colédoco que no son tratados a tiempo aparecen asociados a complicaciones severas como hipertensión portal y pancreatitis aguda en el 22% y 23 % de los casos respectivamente [8].

Además de las complicaciones descritas con anterioridad, los pacientes con QC presentan alto riesgo de desarrollar malignidad con una incidencia de entre 2.5% y 17.5%, misma que aumenta con la edad y varía según su localización a través del árbol biliar; se observa en el conducto extrahepático en 50%-62% de los pacientes, en vesícula biliar hasta en 38%-46% de los casos, conducto intrahepático en 2.5% de los casos, y en menor frecuencia en hígado y/o páncreas [10, 11]. Todani en su estudio demuestra que el 68%

de tumores malignos se presentan en el tipo I, seguidos del Tipo IV con 21%; por ello la importancia de realizar el diagnóstico precoz del quiste que inicialmente requiere de ultrasonido abdominal con alta sensibilidad (90%) para valoración de la vía biliar extrahepática, sin embargo en la actualidad un estudio indica que la colangiorensonancia es de gran utilidad para construir un mapa de la vía con sensibilidad entre 90-100% y una especificidad de 73-100%, por lo que ha sustituido a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) especialmente en niños, evitando así las complicaciones que esta produce [10-12]. Otros estudios concluyen que la colangiorensonancia proporciona datos superiores a la colangiografía para el diagnóstico de quiste de colédoco [13-15], por consiguiente a pesar de que la colangiorensonancia ha demostrado ser el mejor examen, en el medio la ecografía abdominal sigue siendo el estudio de primera elección por su bajo costo e inocuidad [12, 16].

El tratamiento es quirúrgico aunque depende del tipo de quiste, en el presente caso se realizó Colecistectomía, Cistectomía y reconstrucción de la vía biliar por medio de una hepato-yeyunostomía en "Y de Roux", con buenos resultados postquirúrgicos. El objetivo de la técnica es la resección total del quiste y la vesícula para formar la anastomosis y mantener el flujo biliar apropiado; un estudio publicado en el 2009 recomienda como primera elección dicha técnica con escisión total de las vías biliares extrahepáticas y vesícula biliar seguida de la anastomosis, debido a su alta incidencia de transformación maligna [16].

La intervención fue por Laparotomía, sin embargo varios estudios plantean a la Laparoscopia o cirugía mínimamente invasiva (MIS) como una alternativa segura para el tratamiento de muchos procedimientos quirúrgicos pediátricos complejos y sobre todo como un estándar de oro para la corrección de las anomalías congénitas del tracto biliar [16-19].

El pronóstico de los quistes de colédoco es bueno cuando han sido quirúrgicamente resueltos, el seguimiento y control posterior es de suma importancia, para detectar precozmente posibles complicaciones [20].

CONCLUSIONES

El diagnóstico oportuno y tratamiento quirúrgico según el tipo de quiste es seguro y eficaz; es necesario el seguimiento semestral de por vida en estos pacientes para detectar precozmente posibles complicaciones derivadas del tratamiento.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

SR, FC, MGC: recolección de datos, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. FC: análisis crítico. FC, SR, MGC: manejo clínico y quirúrgico del paciente. LU: análisis de anatomía patológica. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

-Sandra Maribel Ruiz Arízaga. Médica residente de Posgrado de Pediatría. Universidad del Azuay y Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5489-0836>

-Fernando Marcela Córdova Neira. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía Pediátrica. Jefe del servicio Cirugía Pediátrica del hospital José Carrasco Arteaga. Docente de la Universidad del Azuay. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1400-2640>

-María Gabriela Cordero Cárdenas. Médica General en Funciones Hospitalarias. Servicio de Pediatría del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8745-5443>

ABREVIATURAS

QC: quiste de colédoco; MIS: cirugía mínimamente invasiva; CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

AGRADECIMIENTOS

Se reconoce a las personas que participaron indirectamente en el presente caso como personal de enfermería, médico anestesiólogo, residentes e internos del hospital José Carrasco Arteaga.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento escrito de los padres de la paciente para la publicación del caso y sus imágenes.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Ruiz S, Cordero MG, Uyaguari L, Córdova F. Caso Clínico: Quiste de Colédoco Tipo I, a Propósito de un Caso Pediátrico. Rev Med HJCA 2016; 8(2): 209-213. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.2.cc.35>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <http://publons.com>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tello A, Rikken L, Orozco E. Quiste de Colédoco tipo I: Diagnóstico por imagen y anastomosis hepático-duodenal como medida terapéutica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2013; 70(6): 482-87.
2. Pereira N, et al. Quiste de colédoco en pediatría. Una revisión de la literatura. Rev. Ped. Elec. 2007; 4(3).
3. Maldonado M, Rodríguez O, Peral M, Palacios A, Moreno J, Cañete M. Diagnóstico prenatal de quiste de colédoco. Clin Invest Gin Obst. 2010; 37(5): 214–16.
4. Urribarrena-Amezaga R, Raventos N, Fuentes J, Elías J, Tejedo V, Uribarrena-Echevarría R. Diagnóstico y tratamiento de los quistes de colédoco: Presentación de 10 nuevos casos. Rev. esp. enferm. dig. 2008; 100(2): 285–291.
5. Domínguez E. Dilataciones congenitas de la vía biliar. CIR ESP. 2010; 88(5): 285–291.
6. Palmer J, Ulloa P. Tratamiento de los quistes de colédoco en la edad pediátrica: Una revisión de 24 años. Acta Pediatr Mex 2010; 31(1): 11-15.
7. Vila J, LLuna J, Hernández E, Nome C, Ayuso L, Macián A. Tratamiento quirúrgico del quiste de colédoco mediante cirugía laparoscópica mínimamente invasiva. Cir Pediatr 2007; 20: 129-132.
8. Liras J, Bueno J, Sánchez A, García A, Solar A, Pais E, Vela E, et al. Tratamiento del quiste de colédoco: ¿cirugía abierta o endoscópica?. Cir Pediatr 2005; 18: 73-76.
9. Todani T, Narusue M, Watanabe Y, Tabuchi K, Okajima K. Management of congenital choledochal cyst with intrahepatic involvement. Ann Surg 1978; 187: 272-80.
10. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures and review of 35 cases including cancer arising from choledochal cyst. Am J Surg. 1977; 134: 263–9.
11. Todani T, Urushihara N, Morotomi Y, Watanabe Y, Uemura S, Noda T, et al. Characteristics of choledochal cysts in neonates and early infants. Eur J Pediatr Surg. 1995; 5: 143–5.
12. Flanigan DP. Biliary cysts. Ann Surg. 1975; 182: 635–43.
13. Kim SH, Lim JH, Yoon HK, Ham BK, Lee SK, Kim YI. Choledochal cyst: Comparison of MR and conventional cholangiography. Clin Radiol. 2000; 55: 378–83.
14. Stringer MD. Wide hilar hepatojejunostomy: The optimum method of reconstruction after choledochal cyst excision. Pediatr Surg Int 2007; 23(6): 529-32.
15. Irie H, Honda H, Jimi M, Yokohata K, Chijiwa K, Koriwa T, et al. Value of MR Cholangiopancreatography in Evaluating Choledochal Cysts. AJR Am J Roentgenol. 1998; 171(5): 1381-5.
16. Martínez-Ferro M, Esteves E, Laje P. Laparoscopic treatment of biliary atresia and choledochal cyst. Sem Pediatr Surg 2005; 14: 206-15.
17. Liras-Muñoz J, Bueno-Recio J. Tratamiento quiste de colédoco: ¿Cirugía abierta o endoscópica? España. Cir Pediatr 2005; 18: 73-76.
18. Misra SP, Dwivedi M. Pancreaticobiliary ductal union. Gut. 1990; 31: 1144–9.
19. Funabuki T, Mmatsubara T, Miyakawa S, Ishihara S. Pancreaticobiliary maljunction and carcinogenesis to biliary and pancreatic malignancy. Langenbecks Arch Surg. 2009; 394: 159–69.
20. Palmer J, Ulloa P. Tratamiento de los quistes de colédoco en la edad pediátrica: Una revisión de 24 años. Acta Pediatr Mex 2010; 31(1): 11-15.