



REVISTA MÉDICA DEL
HOSPITAL GENERAL
DE MÉXICO
www.elsevier.es



CASO CLÍNICO

Resección laparoscópica para quiste de colédoco tipo I

Laparoscopic resection of Common Duct Cyst type I

Óscar Chapa-Azuela,¹ Agustín Etchegaray-Dondé,¹ Vanessa Ortiz Higareda,¹ Gerardo Miranda-Dévora,¹ Eduardo E. Montalvo-Javé^{1,2}

Resumen

Se presenta paciente de 35 años de edad, con una dilatación quística de la vía biliar (quiste de colédoco tipo 1), que fue tratado en el Servicio de Cirugía General, mediante abordaje laparoscópico con resultados satisfactorios, se hace énfasis en los resultados transoperatorios.

Palabras clave: Quiste de colédoco, cirugía laparoscópica y endoscópica, tipo I, México.

Abstract

We present a case report of a 35 year old patient with cystic dilatation of the main bile duct (choledochal cyst type 1), which was treated in general surgery, laparoscopic approach with satisfactory results, with emphasis on results intraoperative.

Keywords: Choledochal cyst, laparoscopic and endoscopic surgery, type 1, Mexico.

Introducción

El quiste de colédoco es una dilatación única o múltiple en el árbol biliar, cuya clasificación clínica fue

realizada en el año de 1977 por Todani,¹ en la que describe malformaciones intra y extrahepáticas, asociadas a complicaciones como: estenosis, formación de litos, colangitis, cirrosis hepática secundaria,

¹ Servicio de Cirugía General, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", México D. F., México

² Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

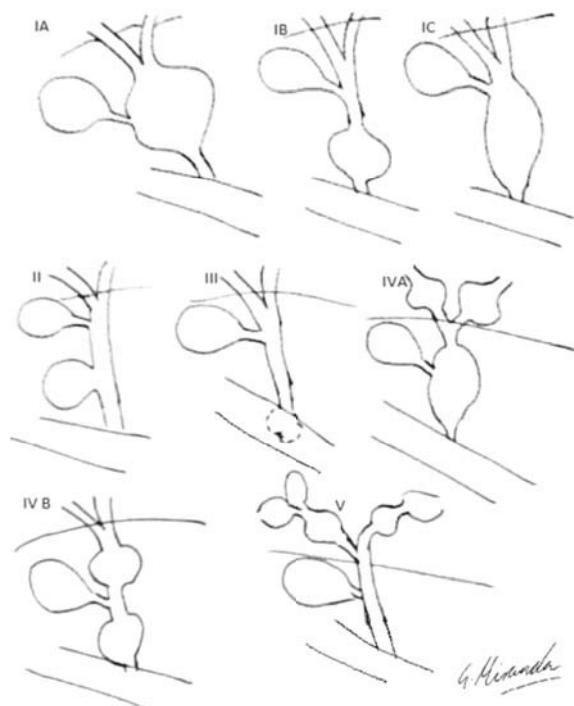
Correspondencia: Dr. Óscar Chapa Azuela. Servicio Cirugía General, Unidad 305, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Dr. Balmis N° 148, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, México D.F., México.
Correo electrónico: drchapa@prodigy.net.mx

ruptura del quiste, además de estar relacionadas con neoplasias del tipo de colangiocarcinoma.² La incidencia de malignidad varía con la edad y el tiempo de evolución del quiste de colédoco, en revisiones sistemáticas realizadas en el 2007, la relación de colangiocarcinoma y quiste de colédoco, se encontró en un rango de 10% al 30%,² con una edad media al diagnóstico de 32 años.

La incidencia del quiste de colédoco estimada es de 1:100 000 a 1:150 000 personas,³ siendo mayor en países asiáticos, dentro de los cuales hasta dos tercios de los casos son reportados en Japón, con una relación hombre-mujer de 1:3 o de 1:4,⁴ en su mayoría reportados durante la infancia.

La clasificación inicial fue propuesta en 1959, describiéndose sólo los quistes extrahepáticos, siendo modificada en 1977 en donde se incluyen los quistes intrahepáticos y no fue sino hasta el año 2003, cuando se tomaron en cuenta las malformaciones de la unión pancreatobiliar como parte de la clasificación.⁵

» **Figura 1.** (IA) Quiste más común, (IB) dilatación de un segmento de colédoco, (IC) dilatación difusa, (II) divertículo en colédoco, (III) intramural o coledococoele, (IVA) múltiples quistes, intra y extrahepáticos, (IVB) múltiples quistes extrahepáticos, (V) dilataciones múltiples o simples intrahepáticas.



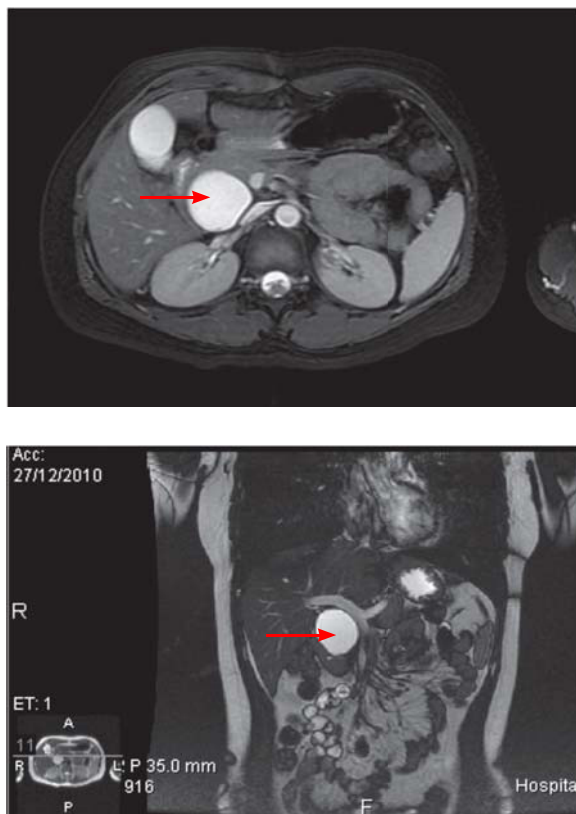
Existen cinco tipos de quistes de colédoco (**Figura 1**), los cuales se clasifican en:

- Tipo I, es el más frecuente con una incidencia del 50% al 85% de los quistes de colédoco, se caracteriza por dilatación fusiforme del conducto biliar principal y dependiendo del segmento del colédoco afectado se divide en A, B, C.
- Tipo II, representa el 2% de los quistes de colédoco, son divertículos verdaderos de los conductos extrahepáticos y comunican al conducto principal a través de un conducto estrecho.
- Tipo III, es el menos frecuente, siendo del 1% al 5% de los quistes de colédoco. También llamados coledococoeles, se presentan en la porción intramural del conducto colédoco y se han descrito hasta cinco tipos de variantes.⁶
- Tipo IV, se presenta en el 15% al 35% de los casos y se define por la presencia de múltiples quistes intra y extrahepáticos. Se subdividen según el conducto intrahepático afectado.
- Tipo V, representa el 20% de los quistes de colédoco y se caracteriza por una o más dilataciones en los conductos intrahepáticos, sin afección a las vías extrahepáticas. La presencia de múltiples quistes o dilataciones de los conductos biliares intrahepáticos, también se conoce como “enfermedad de Caroli”.

» Presentación del caso

Paciente femenino de 35 años de edad, que inicia cuadro clínico un año previo a su ingreso, caracterizado por dolor epigástrico de moderada intensidad, irradiado a hipocondrio derecho y región subescapular ipsilateral, desencadenado por alimentos colecistoquinéticos, que remite de forma espontánea y posterior a la ingesta de inhibidores de la bomba de protones. Acudió al Servicio de Urgencias, donde documentan por ultrasonido abdominal, imagen sugestiva de quiste de colédoco, por lo que se complementa el protocolo de estudio con tomografía computada y colangiorresonancia magnética (**Figura 2**), en las que se observa aumento en el diámetro del colédoco, iniciando por debajo de la confluencia de los hepáticos y extendiéndose hasta 1 cm por arriba de la unión con el conducto pancreático principal, así como la vesícula biliar con conducto cístico que desemboca a nivel de la dilatación del conducto colédoco, además se observan imágenes sugestivas de quiste de colédoco tipo I según la clasificación de Todani.

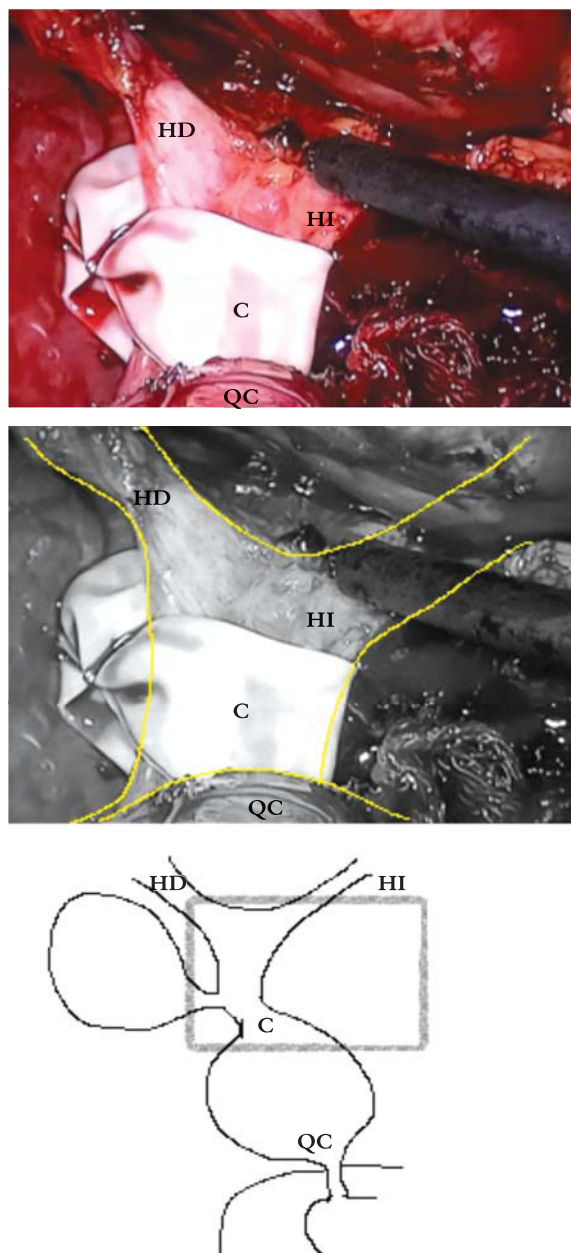
Figura 2. A) y B) Colangiorrsonancia magnética, donde se evidencia quiste de colédoco tipo I de Todani, en un corte axial como se marca con la flecha en la figura 2A. En la figura 2B, se observa en un corte coronal la lesión quística de la vía biliar en íntima relación con la vena porta marcada con una flecha.



Es referida a la clínica de cirugía biliopancreática del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, para valoración y tratamiento. Ingres a el mes de mayo con diagnóstico de quiste de colédoco tipo I, con laboratorios iniciales que reportan 10 400 leucocitos, neutrofilia 78%, hemoglobina 14 mg/dL, plaquetas 279 000, glucosa 105 mg/dL, creatinina 0.8 mg/dL, bilirrubinas totales 12.4 mg/dL, bilirrubina directa 7.6 mg/dL, indirecta 4.8 mg/dL, fosfatasa alcalina 457 mg/dL, gamaglutamil transpeptidasa 1 106 mg/dL, deshidrogenasa láctica 217 mg/dL.

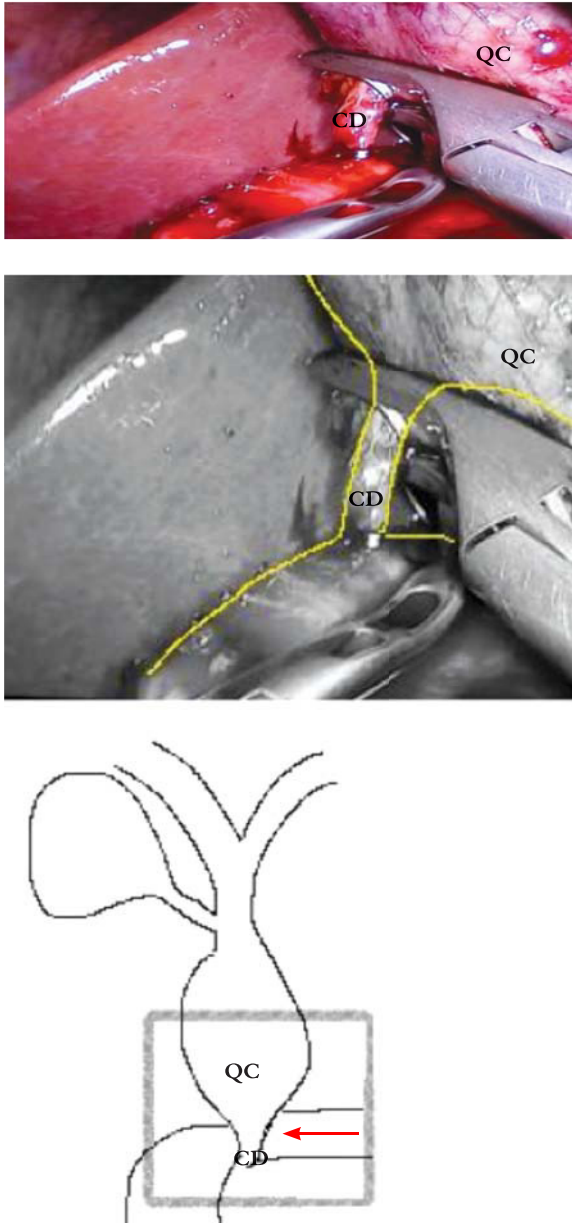
Es manejada por la clínica de cirugía biliopancreática, en donde se realiza resección completa del quiste con colecistectomía laparoscópica con cinco puertos, con sección del hepático proximal a nivel de la carina (**Figura 3**), y a 0.5 cm por arriba de unión pancreatobiliar (**Figura 4**). Se reconstruyó haciendo una hepatoyeyuno anastomosis (**Figura 5**),

Figura 3. A) y B) Se observa imagen representativa del procedimiento, referida con drenaje tipo *penrose* colocado en el colédoco (C) para su movilización. Se identifican conducto hepático derecho (HD) y hepático izquierdo (HI), se observa inicio del quiste de colédoco (QC).



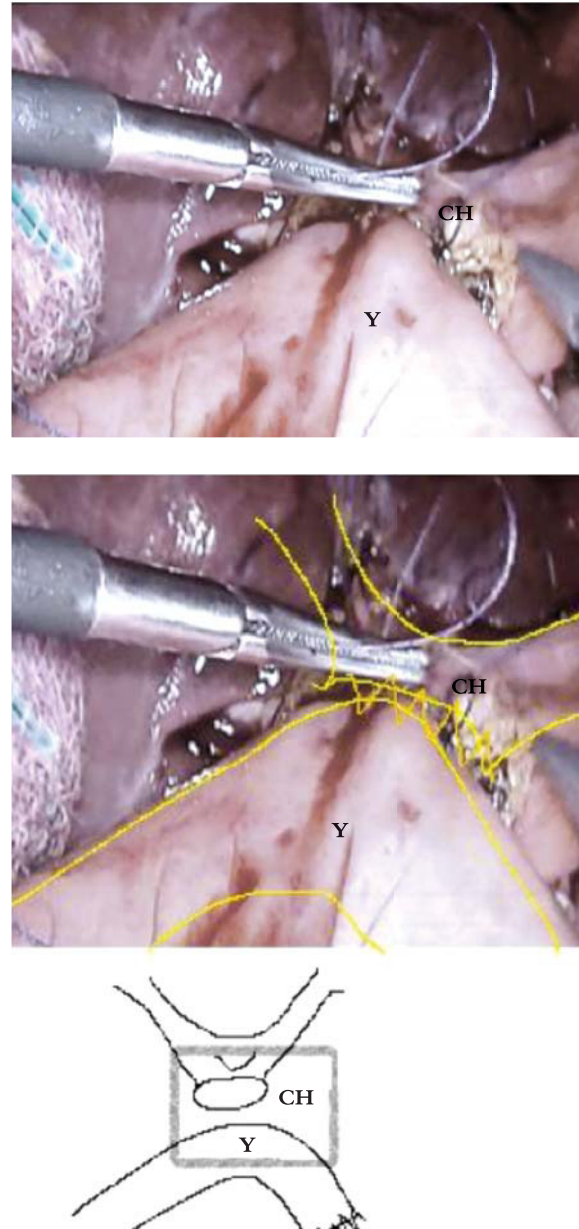
término-lateral con sutura manual, en Y de Roux con sutura mecánica. En la **figura 6** se muestra la pieza quirúrgica resecada que muestra la totalidad del quiste de colédoco junto con la vesícula biliar. Se dejaron drenajes tipo *penrose* en hiato de Wislow, el

Figura 4. A) y B) Imagen y esquema del procedimiento, en donde se identifica el colédoco distal (CD), sitio donde termina quiste de colédoco (QC) por arriba de la unión pancreatoduodenal (flecha), colocando Clip de titanio para su resección.



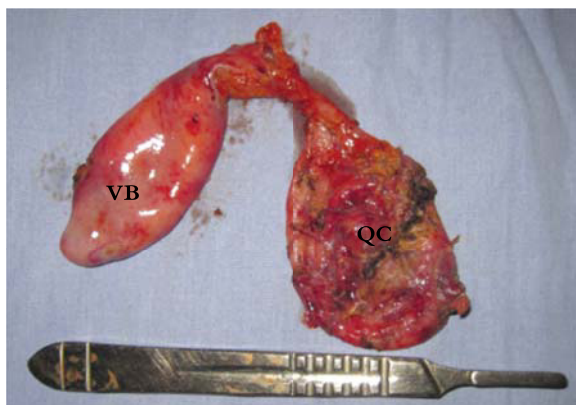
cual se retiró al décimo día; el tiempo quirúrgico fue de 360 minutos aproximadamente. Durante el posoperatorio la paciente cursa con fistula biliar de bajo gasto, con disminución gradual y resolución total al séptimo día, fue necesario durante su estancia, drenaje

Figura 5. A) y B) Imagen y esquema del procedimiento, en donde se realiza anastomosis término-lateral en la confluencia de conductos hepáticos (CH) de forma manual, con identificación de conductos hepáticos derecho e izquierdo. Asa de yeyuno (Y), previamente seccionada con engrapadora laparoscópica.



percutáneo de colección subhepática por radiología intervencionista, evolucionó de forma favorable, siendo egresada con laboratorios que reportan, bilirrubinas totales 1.5 mg/dL, bilirrubina directa 0.8 mg/dL e indirecta 0.7mg/dL. Se continúa seguimiento por

Figura 6. Imagen de la pieza quirúrgica donde se observa quiste de colédoco (QC), en relación con vesícula biliar (VB), lo que la clasificaría en tipo I de Todani.



consulta externa en clínica de páncreas, del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Discusión

El quiste de colédoco es una patología poco frecuente, la mayoría de los diagnósticos se realizan a edad temprana, y apenas un tercio en la edad adulta. Su manejo en la mayoría de las ocasiones es quirúrgico, debido a la gran cantidad de complicaciones relacionadas que se describen. La resección laparoscópica es un procedimiento factible, para algunos de los tipos de quiste de colédoco, siempre y cuando se garantiza su resección total y adecuada reconstrucción.

Este es el primer reporte en México de este tipo de abordaje para la resección quirúrgica del quiste de

colédoco tipo I, consideramos que los beneficios ampliamente conocidos de esta modalidad de cirugía, favorecen la evolución satisfactoria del paciente en su estancia hospitalaria, además siendo menos invasiva, las consideraciones de dolor posoperatorio, efecto estético de las heridas quirúrgicas y su pronta incorporación a su vida cotidiana, son factores que deben tomarse en cuenta para valorar este tipo de procedimientos. Se deberá tomar en cuenta que la curva de aprendizaje en las cirugías complejas en el área hepatopancreatobiliar es fundamental, y se requiere de un manejo multidisciplinario como una clínica de alta especialidad.

Financiamiento

No se recibió ningún patrocinio para realizar este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Todani T, Watanabe Y, Narusue 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* 1977;134:263.
2. Soreide K, Soreide JA. Bile duct cyst as precursor to biliary tract cancer. *Ann Surg Oncol* 2007;14:1200.
3. Lipsett PA, Pitt HA, Colombani PM, et al. Choledochal cyst disease. A changing pattern of presentation. *Ann Surg* 1994;220:644.
4. Singham J, Yoshida EM, Scudamore CH. Choledochal cysts: part 1 of 3: classification and pathogenesis. *Can J Surg* 2009;52:434.
5. Todani T, Watanabe Y, Toki A, et al. Classification of congenital biliary cystic disease: special reference to type Ic and IVA cysts with primary ductal stricture. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003;10:340.
6. Kagiya S, Okazaki K, Yamamoto Y, et al. Anatomic variants of choledochocoele and manometric measurements of pressure in the cele and the orifice zone. *Am J Gastroenterol* 1987;82:641.