



CASO CLÍNICO / CASE REPORT

# Coledococele en adulto mayor: una causa inusual de pancreatitis aguda a repetición. Reporte de caso

*Choledochocoele in an Elderly Adult: An Unusual Cause of Recurrent Acute Pancreatitis.*  
*Case Report*

Eduardo Segovia-Vergara<sup>a</sup>✉; María Goitia-Inojosa MD<sup>b</sup>; Sebastián Bravo-Cuvia, MD<sup>a</sup>; Renato Carrasco-Farías MD<sup>b</sup>,  
Rodrigo Mansilla-Vivara, MD, MHA<sup>b</sup>.

<sup>a</sup> Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Sede de La Patagonia. Puerto Montt, Chile.

<sup>b</sup> Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital de Puerto Montt. Puerto Montt, Chile.

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del Artículo:

Recibido: 17/12/2024

Aceptado: 22/05/2025

### Keywords:

Choledochal  
Cyst; Pancreatitis;  
Endoscopic Retrograde  
Cholangiopancreatography;  
Elderly.

### Palabras clave:

Quiste del Colédoco;  
Pancreatitis;  
Colangiopancreatografía  
Retrógrada Endoscópica;  
Adulto Mayor.

## RESUMEN

**Introducción:** Los quistes de colédoco corresponden a la dilatación quística de un segmento de la vía biliar. Tienen una incidencia estimada de 1 en 100 000–150 000 habitantes, siendo más frecuente en mujeres. Solo el 20% de los quistes de colédoco se diagnostica en edad adulta, pudiendo complicarse con diversas patologías pancreatobiliares, incluyendo pancreatitis aguda a repetición. En el siguiente caso se enfatiza la relevancia de considerar causas anatómicas en el diagnóstico diferencial de pacientes con pancreatitis aguda a repetición de etiología no conocida.

**Presentación del caso:** Mujer de 69 años colecistectomizada con antecedente de dos episodios de pancreatitis aguda alitiásica, sin antecedente de consumo de drogas o alcohol. Consultó por dolor epigástrico irradiado en faja, vómitos y distensión abdominal. Dentro de los parámetros de laboratorio destacó hiperamilasemia. La colangioresonancia informó dilatación quística del colédoco distal. Posterior a su recuperación, se realizó esfinterotomía y destече del coledococele mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), evolucionando favorablemente.

**Discusión y Conclusión:** El coledococele es una patología infrecuente en adultos y difícil de sospechar como primera causa de pancreatitis aguda a repetición. El tratamiento dependerá de su clasificación, siendo en este caso de elección la CPRE, que permite la resolución y previene la recurrencia de complicaciones y posible malignización de la lesión.

## ABSTRACT

**Introduction:** Choledochal cysts refer to the cystic dilation of a segment of the bile duct. They have an incidence of 1 in 100,000–150,000 individuals, being more common in women. Twenty percent are diagnosed in adulthood and may complicate various pancreatobiliary diseases, including

✉ Autor para correspondencia  
Correo electrónico: edusegovia23@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2025.05.001>  
e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2025 Revista Médica Clínica Las Condes.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**recurrent acute pancreatitis. If left untreated, it may lead to significant complications in adulthood. This case emphasizes the need to consider anatomical causes in patients with pancreatitis of unclear etiology in order to improve diagnosis and management.**

**Case Report: A 69-year-old woman with a history of previous cholecystectomy and two episodes of non-alcoholic acute pancreatitis, presented with epigastric pain radiating in band, associated with vomiting and abdominal distension. The patient did not refer drug or alcohol consumption. Laboratory parameters revealed hyperamylasemia. Magnetic resonance cholangiopancreatography indicated cystic dilation of the distal common bile duct. Endoscopic sphincterotomy and unroofing of the choledochoceles were performed under endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), with complete clinical recovery.**

**Discussion and Conclusion: Choledochocel is an uncommon pathology in adults and difficult to suspect as the primary cause of recurrent acute pancreatitis. Treatment depends on its classification, with ERCP being the treatment of choice in this case. This approach allows resolution and prevents recurrence of complications and potential malignancy of the lesion.**

## INTRODUCCIÓN

Los quistes de colédoco son malformaciones congénitas, que corresponden a la dilatación quística de un segmento de la vía biliar. Tienen una incidencia estimada de 1 en 100 000-150 000 habitantes y son 4 veces más frecuentes en mujeres y en países asiáticos<sup>1,2</sup>.

Los hallazgos clínicos más frecuentes son el dolor epigástrico, ictericia y masa palpable en el hipocondrio derecho<sup>1</sup>. Al menos 2 de 3 de estas manifestaciones están presentes hasta en el 80% de los pacientes<sup>3</sup>, siendo más frecuente esta presentación en pacientes pediátricos que adultos<sup>2</sup>. La presentación en adultos suele ser vaga, inespecífica, y principalmente caracterizada por dolor abdominal<sup>4</sup>. Pueden asociarse más frecuentemente a complicaciones como estenosis de vía biliar, formación de litiasis, pancreatitis, colangitis, hemorragia digestiva y peritonitis biliar por rotura del quiste<sup>1,3</sup>.

El diagnóstico puede realizarse mediante ecografía (que puede verse limitada por la presencia de asas intestinales). Este examen es de gran utilidad en pediatría, con sensibilidad de hasta 97%, al igual que la colangiografía, con sensibilidad de hasta 100%<sup>4</sup>. Los quistes de colédoco también pueden visualizarse mediante resonancia magnética de abdomen, ecoendoscopia o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)<sup>5</sup>. El beneficio de realizar CPRE ante la sospecha es la oportunidad de realizar diagnóstico y tratamiento en el mismo acto<sup>6</sup>. Ningún examen de laboratorio sirve como diagnóstico, pues solo reflejarán la complicación que origine el quiste (hiperamilasemia, elevación de bilirrubina y enzimas hepáticas)<sup>4</sup>. Aproximadamente el 80% de los casos se diagnostican en la primera década de vida<sup>3</sup>, mientras que el 20% restante se descubre hasta la edad adulta y suelen presentarse con síntomas de patología pancreatobiliar aguda<sup>2</sup>.

Se clasifican según la clasificación de Todani, que describe cinco tipos de quistes de colédoco (tabla 1). El coledococel (quiste de colédoco tipo 3) corresponde a la dilatación quística del conducto

colédoco en su segmento distal, protruyendo sobre el lumen duodenal<sup>6</sup>. Corresponden al 2% de los quistes de colédoco y suelen generar menos síntomas que los otros tipos de quistes<sup>6</sup>. Por lo mismo, su diagnóstico puede verse retrasado hasta etapas avanzadas de la adultez o incluso realizarse de forma incidental. El coledococel es una entidad poco frecuente que puede manifestarse como pancreatitis aguda recurrente. De no ser tratado, el riesgo de complicaciones en edad adulta aumenta considerablemente.

En este artículo, presentamos un caso clínico que evidencia la importancia de considerar causas anatómicas en pacientes con episodios de pancreatitis aguda a repetición, con el fin de optimizar su abordaje diagnóstico y terapéutico.

## REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de una mujer de 69 años, colecistectomizada, con antecedente de dos episodios de pancreatitis aguda alitiásica en los últimos dos años. Sin historia de consumo de drogas o alcohol. Consultó en servicio de urgencia por cuadro de dolor epigástrico intenso irradiado en faja, asociado a vómitos, cefalea y distensión abdominal. Al examen físico, abdomen sensible a la palpación, con signo de Mayo-Robson positivo, eucárdica y normotensa. No se acompañaba de fiebre o ictericia.

En sus exámenes de laboratorio destacó amilasa 1 143 UI/L, lipasa 814 UI/L, GOT 142 UI/L, GPT 94 UI/L, GGT 182 UI/L, FA 123 U/L, bilirrubina total 0,76 mg/dl, leucocitos  $13\,900 \times 10^3$ , triglicéridos 44 mg/dl, calcio 9,1 mmol/l y creatinina 0,67 mg/dl, sin alteraciones hidroelectrolíticas. Se realizó una tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste, que se informó con hallazgos compatibles con pancreatitis aguda edematosa y dilatación de vía biliar intra y extrahepática de 16 mm, sin obstrucción. Se inició manejo con analgesia, antieméticos, inhibidores de bomba de protones e hidratación, y se hospitalizó en unidad de tratamiento intensivo (UTI).

Tipo	Descripción	Frecuencia
<b>Tipo 1</b>	Dilatación quística o fusiforme del ducto biliar común, sin involucrar los ductos biliares intrahepáticos. Es el más común (80%). La dilatación puede ser esférica (Ia), segmentaria (Ib) o fusiforme (Ic).	60-80%
<b>Tipo 2</b>	Divertículo de los conductos biliares extrahepáticos. Es poco frecuente y no se asocia a riesgo de desarrollar malignidad.	2%
<b>Tipo 3</b>	Conocido también como coledococelo. Es la dilatación quística del conducto colédoco limitada a la porción intraduodenal.	2-5%
<b>Tipo 4</b>	Se caracteriza por tener múltiples quistes extrahepáticos. Se subdivide según si tiene dilataciones quísticas intrahepáticas y extrahepáticas (IVa) o solamente extrahepáticas (IVb).	10-15%
<b>Tipo 5</b>	Conocido también como la enfermedad de Caroli. Se caracteriza por múltiples quistes intrahepáticos sin presencia de quistes extrahepáticos.	< 1%

**Tabla 1.** Clasificación de Todani para quistes de colédoco<sup>1,3,4,5</sup>.

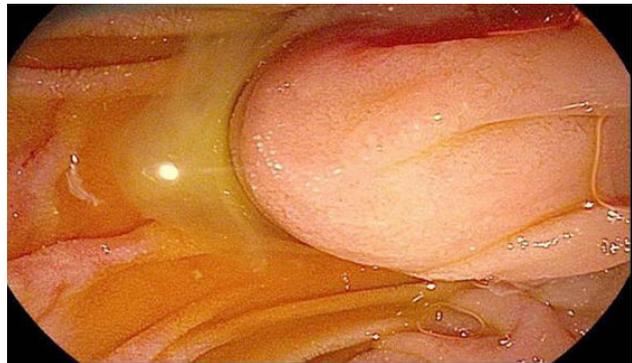
Al día siguiente se realizó colangiografía (figura 1), informada con dilatación quística del colédoco distal de 15 x 12 mm que impronta el duodeno, además de múltiples litiasis periquísticas de 4 mm y dilatación del colédoco a 16 mm de diámetro. En base a los hallazgos, se decidió realizar CPRE en diferido, posterior a la estabilización de la paciente.

Posterior a una semana, con la paciente en buenas condiciones generales, se realizó CPRE, en que se observó dilatación sacular en la segunda porción del duodeno (figura 2) y múltiples cálculos de entre 4-6 mm. Se realizó esfinterotomía y desteche del coledococelo y se extrajeron los cálculos encontrados (figura 3).

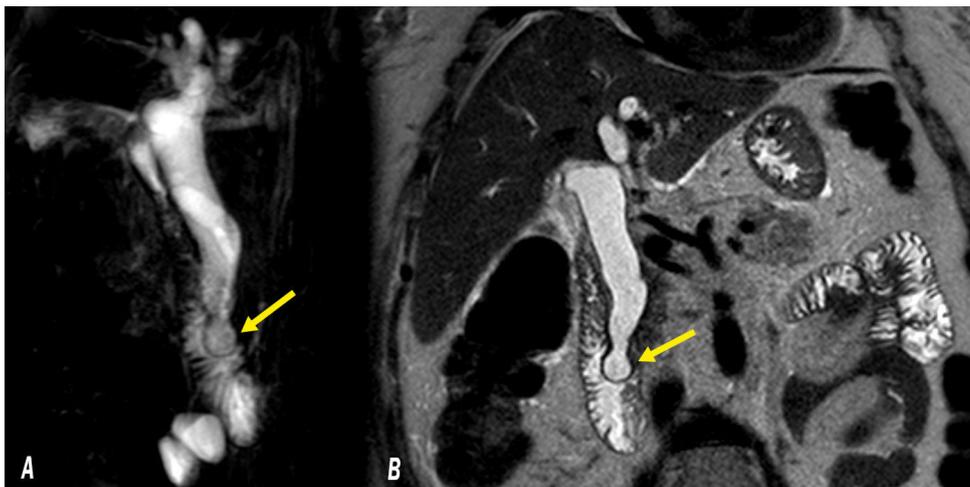
La paciente evolucionó satisfactoriamente siendo dada de alta luego de 10 días de hospitalización.

La paciente se ha mantenido asintomática y en la colangiografía de control a los seis meses se evidenció una disminución

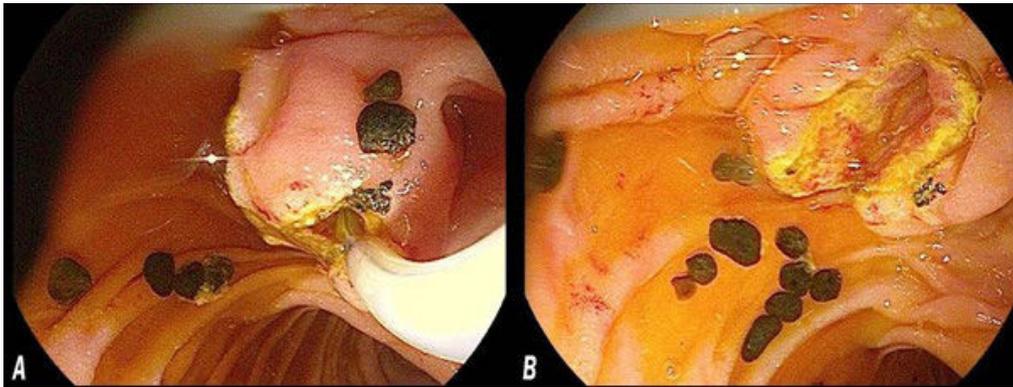
del calibre del colédoco distal a 10 mm. No obstante, se identificaron nuevas adenopatías perihiliares hepáticas, siendo la mayor de 18 x 7 mm. Por lo tanto, la paciente continúa en seguimiento estrecho por parte del equipo de gastroenterología, con plan de realizar una próxima resonancia magnética de control.



**Figura 2.** Coledococelo en la segunda porción del duodeno, visualizado a través de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).



**Figura 1.** Quiste de colédoco tipo 3 según la clasificación de Todani. A: Colangiografía que muestra coledococelo. B: Resonancia magnética de abdomen que muestra coledococelo.



**Figura 3.** A y B: Destechamiento del coledococelo y extracción de los cálculos.

## DISCUSIÓN

La etiopatogenia de los quistes de colédoco aún no se conoce con claridad. Se plantea por un lado que el reflujo de secreción pancreática a través de un conducto anormal produce lesión y dilatación de la pared del colédoco. Sin embargo, los quistes de colédoco pueden ser diagnosticados de forma prenatal, antes de que el páncreas inicie su función exocrina. Otras teorías plantean una debilidad de la pared y anomalías en la innervación<sup>3</sup>.

El coledococelo se subdivide en 3 tipos según la CPRE. El tipo A es una dilatación del conducto común, el tipo B es una dilatación de la porción intramural del conducto común, y el tipo C es una dilatación de la porción intramural del conducto biliar que se abre de manera separada del conducto pancreático al duodeno<sup>7</sup>.

El diagnóstico diferencial en niños incluye otras lesiones quísticas, como atresia biliar congénita con dilatación quística, quiste ovárico, quiste hepático, entre otros<sup>5</sup>. Hoy en día, con el avance de la ecografía prenatal, el diagnóstico puede realizarse incluso antes del nacimiento<sup>1</sup>, con reportes de diagnóstico en fetos desde las 15 semanas de gestación<sup>4</sup>. La cirugía temprana otorga un mejor pronóstico y disminuye la aparición de complicaciones, como colangitis, abscesos hepáticos, cirrosis y lesiones malignas<sup>5</sup>.

En adultos, como la presentación más frecuente son cuadros de patología pancreatobiliar, la presencia del coledococelo pasa desapercibida. A pesar de esto, el diagnóstico en adultos es cada vez más frecuente<sup>4</sup>. Su tratamiento precoz es relevante en este grupo etario dado el alto riesgo de complicaciones, como coledocolitiasis, pancreatitis, colangitis y colangiocarcinoma<sup>4,8</sup>. En el caso de la pancreatitis aguda, esta puede presentarse en un 10-20% como complicación de coledococelo<sup>9</sup>, siendo más frecuente en los coledococelo tipo A y B<sup>7</sup>, mientras que la coledocolitiasis se ha descrito en un 20% de los casos<sup>10</sup>.

Las lesiones quísticas del colédoco conllevan un riesgo elevado de transformación maligna, debido al reflujo de secreciones pancreáticas y biliares que generan un microambiente propicio para el desarrollo de cambios precancerosos<sup>7</sup>. Esto, principalmente dado por la acción de enzimas como amilasa y otras proteasas, que inducen daño epitelial, metaplasia y, subsecuentemente, displasia. Mientras la incidencia de malignidad en la población pediátrica es menor al 1%, en adultos con quistes de colédoco puede alcanzar hasta un 26%<sup>2</sup>. La mayoría de los tumores que se presentan son adenocarcinomas, aunque en ocasiones se han descrito carcinoma anaplásico y carcinoma de células escamosas. El pronóstico es malo y los pacientes suelen fallecer en un tiempo de dos años desde el diagnóstico<sup>2</sup>. Sin embargo, el quiste tipo 3 (coledococelo) es el que tiene menor riesgo de desarrollar lesiones cancerígenas (4%) y no necesita seguimiento posterior, aunque tiene un mayor riesgo de desarrollar alguna de las complicaciones descritas<sup>8</sup>.

En el caso descrito, posterior a la realización de la esfinterotomía se pesquió en la colangiografía de control una adenopatía perihiliar hepática de 18 x 7 mm, que si bien puede ser reactiva al procedimiento, debe mantenerse en seguimiento por la posibilidad de lesión neoplásica asociada al coledococelo. Con respecto las complicaciones agudas del coledococelo, la paciente se ha mantenido asintomática, sin nuevos episodios de pancreatitis aguda, por lo que se considera un tratamiento exitoso.

El tratamiento de los quistes de colédoco es la escisión parcial o completa de la vía biliar, reduciendo el riesgo de neoplasia<sup>9</sup>. Puede realizarse de forma laparoscópica, siendo una opción segura y con menores complicaciones a corto y largo plazo, aunque su principal dificultad resulte ser la destreza requerida para la cirugía<sup>1</sup>. Por otro lado, el tratamiento de elección para el coledococelo es la esfinterotomía endoscópica mediante CPRE

para permitir un adecuado drenaje, aunque aquellos de mayor tamaño que produzcan obstrucción, o bien en fracaso de tratamiento endoscópico, pudieran precisar resección quirúrgica o reimplantación del conducto pancreático a la pared duodenal<sup>2,3,9</sup>. Dado que el coledococelo tiene riesgo de generar complicaciones como pancreatitis, su tratamiento en esta paciente se fundamenta en la prevención de la recurrencia de episodios de pancreatitis aguda.

## CONCLUSIÓN

El coledococelo es una patología infrecuente en adultos y difícil de sospechar como primera causa de pancreatitis aguda a repetición. El tratamiento dependerá de su clasificación, siendo en este caso clínico de elección la CPRE. Esta permite la resolución del mismo y previene la recurrencia de complicaciones y posible malignización de la lesión. Con tratamiento, el coledococelo tiene un buen pronóstico que no requiere de seguimiento especial, aunque otros tipos de quistes de colédoco se asocian a un mayor riesgo de lesiones neoplásicas.

### Consideraciones éticas:

El presente reporte de caso se llevó a cabo respetando la privacidad y confidencialidad de los datos acorde a los protocolos del centro hospitalario. Se cuenta con el consentimiento informado firmado del paciente para el uso de su información médica y uso de sus imágenes.

### Financiamiento:

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la redacción de este manuscrito.

### Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giha S, Redondo Y, Quintero G. Quiste de colédoco: diagnóstico y manejo intraoperatorio. *Pediatr*. 2016;49(2):64-67. doi: 10.1016/j.rcpe.2016.04.004
2. Weyant MJ, Maluccio MA, Bertagnolli MM, Daly JM. Choledochal cysts in adults: a report of two cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol*. 1998;93(12):2580-2583. doi: 10.1111/j.1572-0241.1998.00633.x
3. Arroyo-Martínez L, Montero-Carvajal R, Ayi-Wong J. Quiste de colédoco como causa de dolor abdominal: revisión de un caso y bibliografía. *Acta Med Costarric*. 2004;46(3):149-151. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022004000300009](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022004000300009)
4. Medina-Ortega MA, Vallejo-Vallecilla G, Gómez-Mosquera AV. Quiste de colédoco Todani I en una paciente adulta: caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2024;39(1):105-111. doi: 10.22516/25007440.1074
5. Huerta-Sáenz IH, Elías JC, Torres E. Quiste de colédoco fetal: diagnóstico prenatal y manejo perinatal. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2013;59(1):59-62. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322013000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000100010)
6. Calderón M, Abarzúa J, Quiroga C, Gana J, de Barbieri F. Coledococelo: Caso diagnosticado por resonancia magnética. *Rev Chil Radiol*. 2020;26(2):76-78. doi: 10.4067/S0717-93082020000200076.
7. Garrido A, León R, López J, Márquez JL. Un caso excepcional de coledococelo y páncreas divisum de presentación en el anciano. [An exceptional case of choledochocelo and pancreas divisum in an elderly man]. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35(1):8-11. doi: 10.1016/j.gastrohep.2011.09.002
8. Sastry AV, Abbadessa B, Wayne MG, Steele JG, Cooperman AM. What is the incidence of biliary carcinoma in choledochal cysts, when do they develop, and how should it affect management? *World J Surg*. 2015;39(2):487-492. doi: 10.1007/s00268-014-2831-5.
9. Martínez Sáenz de Jubera J, Iglesias Blázquez C, Regueras Santos L, Mata Zubillaga D, Ardela Díaz E. Colestasis y pancreatitis como forma de presentación de quiste de colédoco forma frustra. [A forme fruste choledochal cyst presenting as cholestasis and pancreatitis]. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82(3):205-207. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.04.010.
10. Tajiri H. Choledochocelo-containing stones. *Am J Gastroenterol*. 1996;91(5):1046-1048.