

## Quiste del colédoco: Causa de pancreatitis reagudizada

Carolina Vivallo Bos,<sup>1</sup> Alan Garín Concha,<sup>1</sup> Juan Pablo Mansilla Figueroa,<sup>2</sup> Rodrigo Santamaría González,<sup>2</sup>  
Dr. Rodolfo Aguilera Vergara<sup>3</sup>

- (1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco  
(2) Alumno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco  
(3) Médico Residente, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco

### RESUMEN

El quiste del colédoco (QC) es una patología infrecuente, caracterizada por dilatación de las vías biliares intra o extrahepáticas, de etiología no precisada; actualmente se manejan 4 teorías al respecto. Se observa con mayor frecuencia en el género femenino y pacientes jóvenes, siendo raros en pacientes de mayor edad. La clínica obedece a manifestaciones intra o extrahepáticas. El QC es clasificado en 5 tipos, siendo más frecuente el tipo I. El tratamiento es quirúrgico ya que está demostrado que la escisión completa del quiste disminuye las complicaciones. Sus complicaciones más frecuentes son litiasis, pancreatitis y malignización del quiste. En este caso se presenta un paciente hombre de 32 años, que consultó por dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado al dorso, asociado a sensación febril, vómitos biliosos e ictericia, secundario a QC, por lo que se realizó resección del quiste, colecistectomía y hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux.

**PALABRAS CLAVE:** Quiste del Colédoco, Pancreatitis aguda, Enfermedad de Caroli.

### ABSTRACT

The choledocal cyst (CC) is an infrequent pathology characterized by an expansion of the intra or extrahepatic bile ducts of unknown a etiology, there are 4 theories trying to explain it. It is most frequently observed in the female gender and young people, with rare the cases in older patients. The clinical manifestations depend on the intra or extrahepatic compromise. The CC is classified into 5 types, being type I the most frequent. The treatment is surgical demonstrating that the complete excision of the cyst diminishes the risk of complications. It's complications are lithiasis, pancreatitis and malignization of the cyst. In this case a patient is presented, a man of 32 years, who consulted by intense pain in epigastrium and upper right quadrant radiated to the back, associated to bilious vomits and jaundice, secondary to the CC, cyst excision, cholecystectomy and biliary Roux-en-Y reconstruction was made.

**KEY WORDS:** Choledocal Cyst, Acute Pancreatitis, Caroli Disease.

### INTRODUCCIÓN

El quiste del colédoco (QC) es una anomalía consistente en la dilatación congénita o combinada de las vías biliares intra o extrahepáticas.<sup>1</sup> La prevalencia en países occidentales varía entre 1 en 100.000 a 150.000 personas,<sup>2</sup> siendo tres veces más frecuente en países asiáticos. En Chile es una patología infrecuente, sin datos estadísticos a nivel nacional. En la mayoría de las series es más frecuente en mujeres a razón de 3- 4:1.

El diagnóstico se realiza principalmente en niños y adultos jóvenes, siendo el 40% de los casos en menores de 10 años, y solo 30% en adultos.<sup>2</sup> Dentro de sus características clínicas, el QC se puede manifestar como dolor abdominal, ictericia o masa palpable en hipocondrio derecho además de sus complicaciones: litiasis, colangitis, ictericia, pancreatitis, hipertensión portal y colangiocarcinoma.

En la literatura se describe que al momento del diagnóstico cerca de un 80% de los pacientes con QC están complicados, siendo la litiasis la más común, en nuestro caso no se observaron cálculos. Otra complicación

frecuentemente reportada es la pancreatitis, sea consecuencia de litiasis o por defectos en la unión pancreatobiliar; la malignización del quiste es una complicación descrita, ya sea del QC, de la pared posterior de éste u otras estructuras biliares.<sup>2</sup> El tratamiento de elección es quirúrgico, a través de la resección del quiste.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente con QC, dada su rareza en el país y la zona, siendo un paciente adulto que debuta clínicamente con pancreatitis aguda reagudizada secundaria a la presencia de quiste del colédoco

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 32 años, previamente sano ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco por un cuadro de 7 días de evolución caracterizado por dolor abdominal intenso, progresivo, en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado al dorso, asociado a sensación febril, vómitos biliosos, ictericia de

piel y mucosas post ingesta de alimentos con alto contenido graso

Al examen físico presentó fiebre de 38,4 °C, ictericia de piel y mucosas, cardiopulmonar normal, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible y sensible a la palpación en el epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Murphy negativo, no se palpan masas. Resto del examen sin alteraciones. En cuanto a los exámenes se destaca: leucocitos 8,3 K/ $\mu$ L, 84% de neutrófilos, amilasa 1582 U/L, Lipasa 4208 U/L, bilirrubina total de 7,3 mg/dL, bilirrubina directa de 5,7 mg/dL, GOT 402 U/L, GPT 577U/L, Fosfatasas Alcalinas 521 U/L, PCR 19,5 mg/L.

Al día siguiente se realizó un ultrasonido hepático y de vías biliares, cuyos hallazgos fueron leve dilatación de la vía biliar intrahepática con colédoco de 6 mm, vesícula con contenido y septos ecogénicos de 51x56 mm, pared engrosada de 8 mm, no se observan cálculos. Hígado, páncreas, riñones y bazo sin alteraciones. Dada la clínica del paciente y los hallazgos radiológicos se hizo el diagnóstico de pancreatitis aguda leve (APACHE II: 2), se inició el manejo con régimen cero y medidas generales. Posteriormente, presentó elevaciones enzimáticas cada vez que se iniciaba realimentación con APACHE II desde el 0 al 2, amilasas desde 235 a 2020 U/L, lipasas 444 a 4273 U/L y PCR 3,47 a 39,7 mg/L por lo cual se decidió mayor estudio.

Tras 12 días se solicitó una colangiografía resonancia observándose una dilatación quística sacular de la vía biliar intrahepática, de unos 6 cm de diámetro mayor, sin cálculos en vesícula, ante estos hallazgos se plantea el diagnóstico de quiste del colédoco, que según sus características imagenológicas corresponde a un quiste tipo I, siendo el tipo más frecuente de los quistes coledocianos.

Posteriormente, tras 11 días se realizó una TAC de abdomen y pelvis que mostró la misma dilatación sacular. No se observó edema pancreático ni colecciones asociadas.

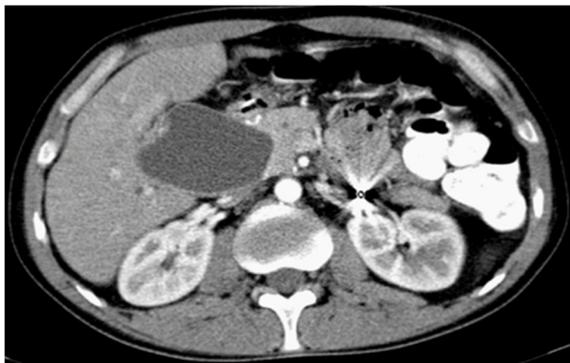


Figura 2. TAC helicoidal, abdomen y pelvis. Sección transversal en fase arterial.



Figura 3. TAC helicoidal, abdomen y pelvis. Sección coronal en fase arterial.

Se solicita un nuevo TAC de abdomen y pelvis 15 días después. Se observó el quiste con zonas poco delimitadas a nivel de la papila y el conducto común.

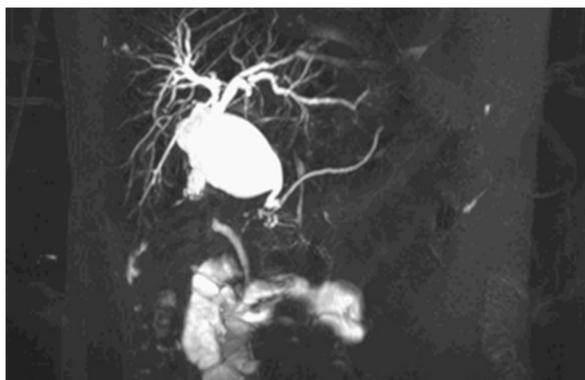
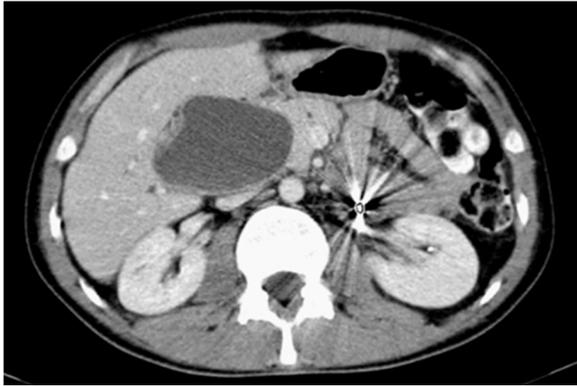


Figura 1. Colangiografía resonancia. Se observa QC en vía biliar intrahepática.



Figura 4. TAC de abdomen. Sección coronal. Imagen quística en vía biliar extrahepática.



**Figura 5.** TAC de abdomen. Sección transversal.

En este mismo estudio se pudo observar edema leve del páncreas.



**Figura 6.** TAC de abdomen. Sección coronal. Se aprecia edema en región pancreática.

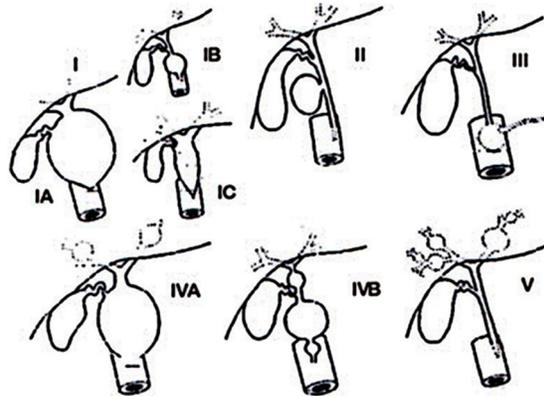
Con los estudios solicitados se establece el diagnóstico definitivo de quiste del colédoco, por lo que se indica resolución quirúrgica, realizándose el mes siguiente, con resección completa del quiste, colecistectomía y hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux. El paciente evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones postoperatorias, elevaciones enzimáticas o reagudización del cuadro, dándose de alta a los siete días desde la cirugía.

## DISCUSIÓN

En Chile, el quiste del colédoco es una afección poco frecuente y la mayoría de los casos publicados corresponden a niños.

Se han clasificado en 5 tipos de acuerdo a la clasificación Todani y Col, éstas son:

- **Tipo I:** Dilatación quística del conducto colédoco.
  - Quístico
  - Focal
  - Fusiforme
- **Tipo II:** Divertículo sacular extrahepático.
- **Tipo III:** Colédococele, dilatación de la vía biliar en duodeno.
- **Tipo IV:** Múltiples quistes intra y extrahepáticos (IVa) o solo extrahepáticos (IVb)
- **Tipo V:** Quiste intrahepático único o múltiples conocido como enfermedad de Caroli.<sup>1</sup>



**Figura 7.** Clasificación de Todani y col.

De esta clasificación los más frecuentes son el tipo I con un 85% seguido del tipo IV.

En cuanto a su etiología, ésta no ha sido precisada aún, pero se ha intentado explicar mediante numerosas teorías, las que describiremos a continuación:

- Desigualdades en la proliferación del epitelio de las vías biliares.
- Debilidad local de la pared en el desarrollo embrionario producto de defectos en la vacuolización del conducto, sumado a una obstrucción distal del colédoco.
- Conjunción pancreatobiliar anormal, originando un ángulo recto en la inserción del colédoco con el conducto pancreático y la ampolla de Vater asociado a una distancia anormal.
- Disminución de las células ganglionares en la porción distal del colédoco.<sup>2</sup>

Lo más aceptado hasta hoy es la teoría congénita, en la cual el colédoco se asocia a un conducto biliopancreático anormal con disfunción esfinteriana.<sup>3</sup> Esto permitiría el

reflujo biliopancreático produciendo inflamación, con el posterior adelgazamiento de la pared generando el quiste, este mecanismo explica la formación de los quistes tipo I y IV.<sup>4</sup> Sin embargo aún no se tiene claro la patogenia de los otros tipos de QC, siendo la más estudiada la disfunción ganglionar.

La asociación entre QC y pancreatitis es de un 10,5%, llegando a 90% cuando el QC posee 5 cm de diámetro mayor, pero esto no descarta la presencia de pancreatitis en QC de menor tamaño. Es frecuente, en los casos asociados a pancreatitis, el hallazgo de un conducto pancreatobiliar común mayor de 15 mm, lo que permite la regurgitación de bilis y jugo pancreático, el reflujo hacia el páncreas e inflamación de éste.<sup>5</sup> Yamashiro realizó un experimento con 40 cachorros, creando distintos grados de dilatación del conducto, entre 7 a 10 días posterior a la cirugía se observaron cambios histológicos que evidenciaban regurgitación biliopancreática tanto en las vías biliares como en el pancreático,<sup>6</sup> reafirmando el mecanismo que asocia al QC con pancreatitis.

Su presentación clínica dependerá de la edad del paciente y del tipo de quiste,<sup>3</sup> presentándose con mayor frecuencia en edades pediátricas tanto de forma sintomática como asintomática. En cuanto a los adultos, la clínica es vaga, pudiendo manifestarse a través de una complicación de la enfermedad. La tríada clásica corresponde a dolor y masa asociado a ictericia, siendo poco frecuente (5-30%). El dolor está presente en la mayoría de los casos (80%), siendo la segunda manifestación más frecuente la ictericia (34%). Puede presentarse pérdida de peso, fiebre, escalofríos, vómitos y sangrado digestivo.<sup>4</sup> En adultos puede debutar como una pancreatitis aguda,<sup>1</sup> como sucede en nuestro caso.

En cuanto a los exámenes de laboratorio es posible identificar elevación de transaminasas, bilirrubina y fosfatasa alcalina. Además de amilasa y lipasa que estarán elevadas hasta en 1/3 de los pacientes, como en el presente caso.

El estudio imagenológico de todo paciente con cuadro de ictericia obstructiva se realiza con una revisión por ultrasonido, con una sensibilidad para detectar QC que va desde el 71% al 97% según la preparación del examen.<sup>2</sup>

Se describe que todo paciente adulto que presente sospecha de alteración quística de vías biliares por ultrasonografía es candidato a una ERCP para mejor visualización de la anatomía del conducto común, conducto pancreático y su conjunción, pero actualmente es utilizado como método terapéutico más que diagnóstico.

En caso de que la ERCP sea negativa, es recomendado realizar una colangiografía transhepática percutánea, la que entrega mayor información pudiendo identificar compromiso intrahepático, extrahepático o de la unión pancreatobiliar.<sup>2</sup> La colangiografía magnética corresponde hoy al estudio preoperatorio ideal, debido a que entrega información precisa tanto de las vías intra como extrahepáticas.<sup>4</sup>

Está comprobado que la utilización de estos métodos tanto invasivos como no invasivos aumenta la especificidad del diagnóstico preoperatorio.

El diagnóstico se fundamenta en los hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos.

El tratamiento es quirúrgico, se ha demostrado que disminuye las complicaciones versus el tratamiento médico. La resección del quiste con hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux es el tratamiento para los tipo I y IV, para el tipo II es la escisión junto al cierre del cuello del quiste de forma primaria y secundariamente descompresión con sonda T. Para el tipo III, se realiza escisión transduodenal, con o sin esfinterotomía. Finalmente en el tipo V se realiza resección hepática y colangioyeyuno anastomosis intrahepática en Y de Roux o intubación intrahepática.<sup>2</sup>

En este caso el paciente tenía un QC clasificado como tipo I realizándose extirpación total del quiste, colecistectomía y hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Dentro de las complicaciones postoperatorias la más frecuente es la estenosis de la anastomosis, asociado a colelitiasis y colangitis. Para el seguimiento de estos pacientes se recomienda utilizar ecotomografía abdominal y pruebas de función hepática.<sup>3</sup>

Rev Estud Med Sur 2012; 8(1):27-31

## REFERENCIAS

1. Arroyo L., Montero R., Ayi-Wong J. Quiste del colédoco como causa de dolor abdominal: Revisión de un caso y bibliografía. En: Acta Médica Costarricense. 2004; 46:1-4.
2. Spinnety D., Concho H., Ramírez N., Briceño Y. Quistes del Colédoco en Adultos: Estudio de dos casos y revisión de la literatura. En: Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Venezuela. 2006; 2:1-15.
3. Pereira N., Benavides J., Espinoza C., Quiste del colédoco en Pediatría: Una revisión de la Literatura. En: Revista de Pediatría Electrónica de la Universidad de Chile. 2007; 4:44-49
4. Cubillo R., Brenes D., Ayi-Wong J. Quiste de Colédoco. En: Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; 596:49-56

5. Singh S., Kumar P, Nayeem M. Choledocal Cyst with Chronic Pancreatitis Presentation and Management. En: Journal of the Pancreas. 2010; 11:601-603
6. Biswanath G., Devendra D, Philip A. Choledocal Cyst with Chronoic Pancreatitis in Adults: Report of Two Cases with a Review of Literature. En: Journal of Pancreas. 2010; 11:373-376
7. Martínez J, Solis N. Quistes del colédoco en Adultos. En: Revista de Cirugía y cirujanos de México. 2010;78:61-66
8. Vilá-Carbó J, Ayuso L, Hernández J. Nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento del quiste del Colédoco. En: Revista de Cirugía Pediátrica de Valencia. 2006; 19:33-38