

Quiste de colédoco. Nuestra experiencia.

Dres. J. Hauri, J. Svetliza, R. Cautere, C. Guerra

Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Resumen

En un período comprendido entre septiembre de 1989 y septiembre de 1991, fueron tratados en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica", 8 pacientes portadores de dilatación congénita de colédoco. Cinco fueron mujeres y 3 varones con edad promedio de 4,8 años.

La ictericia y el tumor abdominal fueron los signos predominantes al momento de la consulta. La ecografía abdominal mostró la lesión quística en 7 pacientes, siendo el método diagnóstico más adecuado en nuestra serie.

En 6 pacientes se realizó quistectomía total y en uno parcial, en todos los casos se hizo anastomosis biliodigestiva en Y de Roux. En el restante, portador de colangitis supurada, se realizó derivación externa.

Presentaron complicaciones 3 pacientes. Uno con una hemorragia postoperatoria requirió reintervención inmediata; los otros 2 evidenciaron una fístula biliar externa y una colangitis, cediendo ambos con tratamiento médico. Sólo un enfermo falleció por presentar sepsis a punto de partida de su colangitis.

Palabras clave

Quiste de colédoco - Pediatría.

Summary

Between september of 1989 and september of 1991 8 patients with choledochal cyst were admitted at the Sor María Ludovica's Hospital.

There were 5 female and 3 male with an average of 4,8 years of age. Jaundice and abdominal mass were the most common symptoms. Abdominal ultrasonography showed the cyst in 7 patients.

In 6 patients total resection of the cyst was performed, with hepatic jejunal anastomosis with a Roux-in-Y loop. In another patient partial resection of the cyst was performed, with identical reconstruction. In the last one, who had purulent cholangitis, external drainage of the cyst was realized.

One patient had a postoperative hemorrhage, and needed reoperation. Another one had an external biliary fistulae which resolved spontaneously. Another patient, with postoperative cholangitis had a good response to the medical treatment.

Only one patient died with sepsis who had presented a purulent cholangitis.

Index words

Choledochal cyst - Pediatrics.

Introducción

La dilatación congénita del colédoco constituye una rara condición, cuya incidencia oscila entre 1 en 100.000 y 1 en 150.000 nacidos vivos en los países occidentales. En Japón se ha registrado con una frecuencia 10 veces superior (1).

En la presente revisión se expone la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata, Argentina. Se analiza la forma de presentación, la metodología diagnóstica, terapéutica y morbimortalidad de los pacientes con quiste de colédoco.

Material y métodos

Se analizaron 8 pacientes portadores de dilatación congénita del colédoco tratados entre septiembre de 1989 y septiembre de 1991. Cinco fueron mujeres y 3 varones. El promedio de edad fue de 4,8 años (rango 30 días - 8 años).

En 6 pacientes la forma de presentación fue la ictericia acompañada o no de tumor abdominal, dolor, fiebre y ascitis. En los otros 2 predominó el tumor con pérdida de peso, dolor y vómitos sin ictericia. (Cuadro 1)

Los estudios de laboratorio demos-

Paciente	Edad	Sexo	Diagnóstico	Técnica	Complicaciones	Evolución
1	30 días	F	Coleperitoneo	Quistectomía total Anastomosis biliodigestiva en Y de Roux	-	Buena
2	3 meses	F	Quiste coledociano + Colangitis aguda supurada	Drenaje externo	Sepsis Fallecido	
3	4 años	M	Quiste coledociano	Quistectomía parcial Anastomosis biliodigestiva en Y de Roux	Sangrado de pared quistica remanente Reoperación	Buena
4	5 años	F	Quiste coledociano	Quistectomía total Anastomosis biliodigestiva en Y de Roux (único termino terminal - Resto T-L)		Buena
5	6 años	M	Quiste coledociano	Quistectomía total Anastomosis biliodigestiva en Y de Roux		Buena
6	7 años	F	Quiste coledociano	Quistectomía total Anastomosis biliodigestiva en Y de Roux	Colangitis postoperatoria	Buena
7	8 años	F	Quiste coledociano	Quistectomía total Anastomosis biliodigestiva en Y de Roux		Buena
8	8 años	M	Quiste coledociano	Quistectomía total Anastomosis biliodigestiva en Y de Roux	Fistula anastomótica Obstrucción intestinal	Buena

Cuadro 1: quiste de colédoco: tratamiento y complicaciones

traron un patrón de colestasis en 4 pacientes, leucocitosis con neutrofilia en 2 y disminución de la concentración de protrombina en 2.

La ecografía abdominal mostró lesiones quísticas en 7 niños (Fig. 1), en uno se vio abundante

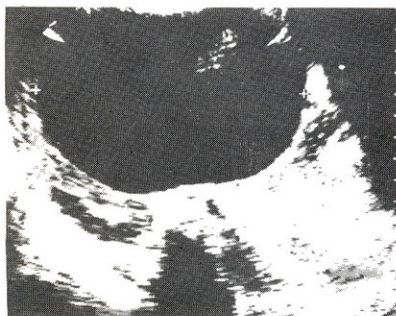


Fig. 1: Ecografía abdominal que demuestra que la masa palpable corresponde a formación quística unilocular.

líquido en cavidad peritoneal sin imagen de tumor o quiste.

La duodenografía con contraste se realizó en 3 pacientes y mostró deformación del marco duodenal (Fig. 2). La colangiografía radioisotópica se realizó en 2 pacientes siendo positiva en 1, en otro no se visualizó el quiste debido a colestasis. En 3 niños se hizo colangiografía retrógrada endoscópica, que mostró el quiste en 2 mientras que el restante sufrió descompensación hemodinámica, lo que provocó diferir la cirugía hasta mejorar su estado general (Fig. 3).

Los diagnósticos preoperatorios fueron quiste de colédoco en 7 pacientes, 1 de ellos con colangitis y el restante se operó con diagnóstico de coleperitoneo (Fig. 4).

Resultados

Se corroboró en el intraoperatorio el diagnóstico de quiste de colédoco tipo 1 según la clasificación de Alonso-Lej (2) en todos los casos. (Fig. 5)

En 6 enfermos se realizó quistectomía total con reconstrucción hepático-yeyunal en Y de Roux transmesocólica. Los 2 restantes presentaron características particulares por lo que se debió recurrir a otros pro-



Fig. 2: Duodenografía con deformación grosera de marco duodenal.



Fig. 3: Colangiografía transduodenal mostrando permeabilidad distal de la vía biliar y cavidad quística, no pudiendo visualizarse conducto pancreático.

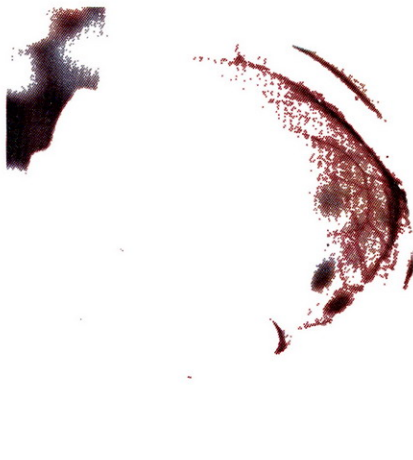


Fig. 4: Aspecto macroscópico del quiste coledociano en la laparotomía, con vesícula biliar distendida.

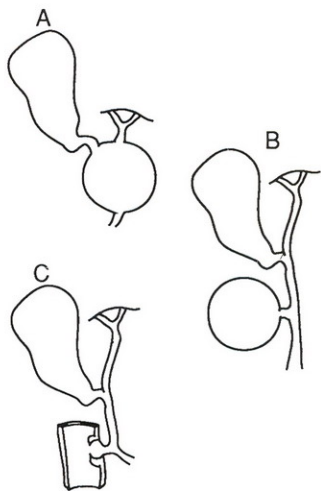


Fig. 5: clasificación de Alonso-Lej de quistes de colédoco.
A: Dilatación ductal.
B: Dilatación diverticular.
C: Coleocele

cedimientos: a un paciente en mal estado general debido a infección con supuración del quiste, se le realizó solamente drenaje. Falleció por sepsis en el postoperatorio.

En el otro niño resultó técnicamente difícil despegar la cara posterior del quiste y se efectuó la resección extramucosa del mismo con anastomosis biliodigestiva terminolateral. En el postoperatorio presentó una hemorragia, que determinó reoperación inmediata comprobando que el sangrado era de la pared residual del quiste.

Las complicaciones de la reconstrucción hepática yeyunal fueron: una fístula biliar externa que curó espontáneamente, y una colangitis postoperatoria que remitió con tratamiento médico.

Cuatro niños evolucionaron sin complicaciones siendo dados de alta entre los 11 y 28 días del postoperatorio, con estudios de laboratorio dentro de límites normales y mejoría clínica manifiesta (promedio de internación 18 días).

En el seguimiento de los pacientes durante 20 meses se registró una reinternación por oclusión intestinal que evolucionó favorablemente sin cirugía. (Cuadro 1)

No se realizaron hasta la fecha biopsias hepáticas de control.

Discusión

Coincidiendo con otras publicaciones, los quistes de colédoco prevalecieron en el sexo femenino (1-3-4).

El tumor abdominal y la ictericia, asociados o por separado, estuvieron presentes en todos los enfermos.

Los datos de laboratorio sólo son específicos cuando hay signos de colestasis, debido a esto son útiles para la evaluación pre y postoperatoria de daño hepático.

A pesar que en la literatura se encuentran numerosos métodos diagnósticos (5-6-7-8-9) consideramos que la ecografía es el método de elección en nuestros pacientes ya que puede hacer diagnósticos de enfermedad y evaluar el estado de la vía biliar.

En nuestra serie se detectaron ecográficamente 7 de los 8 quistes, 1 de ellos se encontraba roto y evacuado a la cavidad abdominal.

Preferimos como tratamiento quirúrgico la resección total del quiste y anastomosis biliodigestiva en "Y de Roux". Según la literatura, las derivaciones quirúrgicas predisponen a colangitis, estenosis de la anastomosis y riesgo de malignización (10-11-12-13).

La biopsia hepática debe ser realizada sistemáticamente, como elemento de pronóstico y de seguimiento de la alteración del parénquima por colestasis (13-14).

Bibliografía

- Howard E: Quiste de colédoco. Op AbdMingot; T II, 8^o ed., P 1726, 1985.
- Alonso-Lej F et al: Congenital choledochal cyst with a report of two, and analysis of 94 cases. Surg Gyn Obst, 108:1-30, 1959.
- Okada A et al: Congenital dilatation of the bile duct in 100 instances and its relationships with anomalous junction. Surg Gyn Obst, 172(3):246, 1991.
- Tannuri U et al: Common bile duct syndrome in children. Rev Paul Med 108(3):105, 1990.
- Cory D, Don S, West K: Cholangiography of a choledochoceles. Pediat Radiol, 21(1):73, 1990.
- Hoglund M, Muren C: Computed tomography with intravenous cholangiography contrast: a method for visualizing choledochal cyst. Eur J Radiol 10(1):159, 1990.
- Wang P et al: Choledochal cyst mimicking gallbladder in Tc99 disofenin radionuclide cholecintigraphy. Cli Nucl Med 15(11):811, 1990.
- Wiedmeyer D et al: Choledochal cyst: findings of cholangiopancreatography with emphasis on ectasia of the common chanel. Am J Radiol 153(5):969, 1989.
- Young W et al: Congenital biliary dilatation: a spectrum of disease detailed by ultrasound. Br J Radiol 63(749):333, 1990.
- Ryoji O et al: Surgical treatment of choledochal dilatation with special reference to late complications after total excisional operations. J Pediatr Surg 25(6):613, 1990.
- Joseph V: Surgical techniques and long term results in the treatment of choledochal cyst. J Pediatr Surg 25(7):782, 1990.
- Iwai N et al: Cancer arising in a choledochal cyst in a 12 year old girl. J Pediatr Surg 25(12):1261, 1990.
- Todani T et al: Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. Am J Surg 134:263-9, 1977.
- Evans J, Cudmore R: Choledochal cyst and congenital hepatic fibrosis. J Pediatr Surg 25(12):1259, 1990.

Dr. J. Hauri

Call 51 Nº1757
La Plata, Buenos Aires
Argentina