

Jéshua Wandherley Dos santos Ramírez⁽¹⁾, Pedro Mario Salazar⁽¹⁾.

1. Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Jéshua Dos santos Ramírez, jeshuadossantos@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v162i1.575>

Recibido: 2 de Agosto 2022 - **Aceptado:** 30 de Agosto 2022 - **Publicado:** Febrero 2023

Resumen

El quiste del colédoco se define como la dilatación congénita o combinada del árbol biliar extra hepático (tipo más frecuente) o intrahepático. La etiología no está aún determinada, se ve predominantemente en niños y en el sexo femenino. Pueden manifestarse anomalías en todo el sistema biliar, ya sea intra o extra hepático. Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad.

Palabras clave: Quiste del colédoco, clasificación de Todani, diagnóstico prenatal.

Abstract

Choledochal cyst is defined as congenital or combined dilatation of the extrahepatic (most frequent type) or intrahepatic biliary tree. The etiology is not yet determined, it is seen predominantly in children and in the female sex. Abnormalities may manifest throughout the biliary system, either intrahepatic or extrahepatic. The case of a 4-year-old girl is presented.

Keywords: Choledochal cyst, Todani classification, prenatal diagnosis.

Introducción

Los quistes de colédoco son malformaciones congénitas raras, que consisten en la dilatación quística del árbol biliar, tanto intra hepático como extra hepático. La cirugía temprana, en gran medida, disminuye las complicaciones relacionadas con la enfermedad [1]. Se clasifican en 5 tipos según la clasificación de Todani. 20% puede presentar la triada clínica de dolor abdominal difuso, masa palpable e ictericia [2].

Reporte de caso clínico

Se presenta el caso de paciente femenina de 4 años de edad, originaria y residente de Sacatepéquez, Guatemala. Hacía 20 días, paciente inició con vómitos de contenido biliar y dolor abdominal difuso. Ultrasonido abdominal extrahospitalario evidenció quiste de colédoco por lo que paciente fue referida. No presentaba, al ingreso, síntomas de colangitis. Paciente se presentó asintomática a nuestro hospital. El examen físico fue normal. Los exámenes de laboratorio de ingreso fueron normales. La colangiografía mostró dilatación del conducto biliar común, el cual medía 12 x 11mm en una extensión de 47mm. Se observó que también involucraba la vía biliar intrahepática izquierda con un diámetro de 4.4mm. No se observaron defectos de llenado u oclusiones. Hallazgos consistentes con quiste de colédoco tipo IC en clasificación de Todani. Se llevó a sala de operaciones para realizar laparotomía exploradora. Se efectuó hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux (Figs. 1A y B). Paciente, en buenas condiciones, es egresada a los 9 días post operatorios.

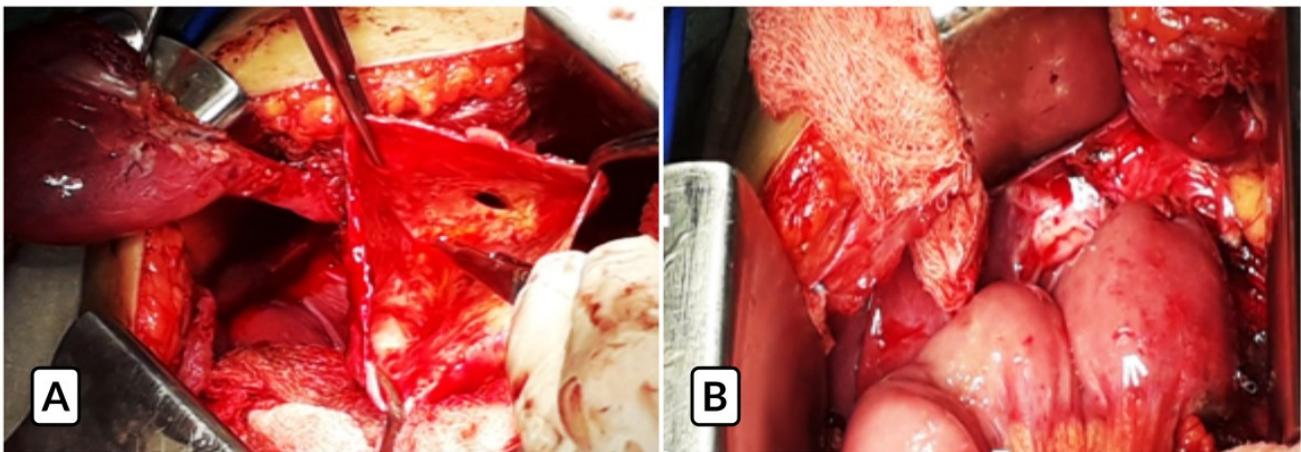


Fig.1. Anastomosis por quiste de colédoco. En la primera imagen se observa la vesícula biliar y el quiste de colédoco con el remanente del conducto biliar común. En la segunda imagen observamos la anastomosis entre el muñón del conducto biliar común y el yeyuno.

Discusión

Los quistes congénitos de colédoco son infrecuentes. Más del 60% se ve en la edad pediátrica; afectan más a mujeres. La presentación más frecuente es la dilatación sacular, que fue el del caso presentado. El tamaño del quiste varía desde 2.5 a 20cms. La mayoría son asintomáticos. Al tener el diagnóstico se deberá realizar intervención quirúrgica y quitar el quiste ya que tienen potencial maligno a largo plazo. El diagnóstico se basa en sospecha clínica y el hallazgo de imagen, siendo la colangiografía la que mejor determina la anatomía de la vía biliar. El tratamiento en la mayoría de casos será con una hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux, que fue la técnica ilustrada en este artículo. Pero dependiendo del tipo de quiste, es el tratamiento quirúrgico elegido, desde solo la resección del quiste hasta hepatectomía parcial. El pronóstico es muy bueno luego de la cirugía y se debe dar un seguimiento postoperatorio, al menos de 3 meses para detectar complicaciones [3,4].

Referencias bibliográficas / References

1. Hewitt, P.M., Choledochal Cysts. Br J Surg 1995; 82: 382-385.
2. Martin, Ian J., Tailoring the Management of Nonparasitic Liver Cysts. Ann Surg.1998; 228: 167-172
3. Okada, A., Higaki, J., Pancreatitis associated with choledochal cyst and other anomalies in childhood. Br J Surg. 1995; 82: 829-832.
4. Chaudhary, A., Ohar, P., Choledochal Cyst, Differences in children and adults. Br J Surg. 1996; 83: 186-188.