

# SECCIÓN CLÍNICA

## QUISTE DE COLÉDOCO

Dr. SILVIO R. ZUÑIGA\*

E. V. R., mujer de 25 años y con ficha N» 40.587/64, ingresa el 29 de abril de 1964 a la M. M. del Hospital General por "dolor en el estómago".

E. A. 20 días antes de su ingreso le apareció dolor continuo a nivel del epigastrio con irradiación hacia la nuca, pasando por hombro derecho. No se acompañó de náusea, vómito o fiebre. Días después notó coloración amarillenta en los ojos y luego en el tórax; la orina tomó color amarillo intenso y desde hace una semana notó decoloración de las heces. Acusa prurito en manos y pies.

Desde hace un año ha estado sufriendo de dolor semejante al actual, aunque en forma intermitente y sin llegar a molestarla severamente; generalmente el dolor era permanente y en ocasiones se exacerbaba irradiándose a la nuca; nunca hubo vómitos ni ictericia.

Desde que comenzó su enfermedad actual ha notado hiporexia, insomnio, astenia, apatía, ligera adinamia y moderada pérdida de peso. Niega fiebre.

El resto de su anamnesis no es contribuyente.

*Evamen físico.*—Paciente en la 3ª década de la vida, de regular estado nutricional, coopera con vacilaciones y de facies triste.

P. A. 120/80 P-71 p. p. m. T-36°8 R-14 p. m.

Hay marcado tinte icterico en mucosas y piel.

El abdomen es plano, depresible y con escaso panículo adiposo. La palpación superficial es negativa por patología; en la palpación profunda hay dolor en C. S. D. sin lograr precisarse masas. No hay anormalidad a la percusión o a la auscultación. El borde superior de la macidez hepática está en el 5° espacio intercostal derecho y el inferior se palpa a 2 traveses de dedo bajo del reborde costal, en la línea medio claviclar. La superficie palpable del hígado es dolorosa y lisa. La puñopercusión es débilmente positiva. Bazo normal.

El resto del examen es negativo por anormalidad.

Impresión de ingreso: Hepatitis o colangiolititis.

Impresión interno sala: Colecistitis crónica calculosa, Hepatitis a virus.

### EXAMENES Y EVOLUCIÓN

30-IV: VDRL—0; B—7.400; Hb—10,8 gm,%; Ht—30; vols. %; NNP—29,5 mgm. %; Glicemia—100 mgm; Creatinina—1,65 mgm%; Orina—café obscuro," turbia, pH 6, 1.010, indicios de albúmina, negativa por glucosa, no se investigaron pigmentos biliares; microscópico—epitelios y leucocitos.

---

\* Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital General. Profesor de Clínica Quirúrgica.

1-V: Bilirrubina, total—9,00 mgm. %; Directa—5,15 mgm. %; Indirecta: 4,25 mgm. %; índice Ictérico—88,7 U. Heces—Ascárides +.

4-V: El Dr. R. Custodio da el diagnóstico de "ictericia obstructiva por calcuosis o neo del páncreas" y solicita cooperación para obtener una colangiografía percutánea. Se ordenan nuevos exámenes.

Radiografía torácica—Negativa por patología pulmonar, cardíaca, aórtica y de mediastino. Placa simple de abdomen: sin patología; hígado y bazo normales. Tránsito gastroduodenal: normal.

15-V: Bilirrubina Total—13,90; Directa—9,70; Indirecta—4,20; índice Ictérico—72,8; Hanger + + ; Colesterol Total—366 mgm. %; Transaminasas: SGO— 28, 1 U SGP—81 U Fosfataza Alcalina 50,5 U. B.

El 23-V se dejó nota que dice: "Se practicó colangiografía transhepática, lográndose obtener un buen canal biliar; se extrajeron 80 cc. de bilis obscura, espesa y muy concentrada, demostrando este hallazgo que hay obstrucción". El informe radiológico de esta colangiografía fue: "El medio de contraste se inyectó directamente en la vesícula, la cual muestra tamaño aumentado. No se distinguen cálculos en la vesícula. Las vías biliares no se visualizaron".

El 25-V fui llamado por el Dr. Custodio con miras a efectuar una laparotomía exploratoria. Aceptamos la intervención quedando consignada en el protocolo nuestra impresión preoperatoria: 1) coledocolitiasis o 2) cáncer de cabeza de páncreas.

El mismo 25 por la noche se efectuó la intervención con los siguientes hallazgos :

Vesícula biliar pequeña, colapsada y sin cálculos palpables. La primera y parte de la segunda porción del duodeno estaban desplazadas hacia adelante por una masa tumoral que se prolongaba hacia arriba en el pedículo hepático; sus límites, tanto hacia abajo como hacia arriba, eran imprecisos; transversalmente tenía un diámetro de 10 cm.; su consistencia era fluctuante, por lo que se puncionó extrayéndose bilis verde-negruzca espesa en cantidad aproximada de 100 cc. Se practicó una incisión de 1 cm. de longitud a través de la cual se explora con olivas, pero no se logra avanzar más allá de los límites de la cavidad; se amplía la incisión y se logra introducir un dedo y el pulpejo del mismo no descubre tampoco la continuación hacia arriba ni hacia abajo; en la pared posterolateral derecha de la bolsa se descubre un pequeño orificio que no se logra cateterizar y que se conceptúa como el punto de desembocadura del conducto cístico en colédoco dilatado. Para adquirir mayores detalles no pudimos recurrir a la colangiografía intraoperatoria por dificultades técnicas radiológicas. Habiéndose evacuado la bilis fue factible explorar la cabeza del páncreas y se notó una induración imprecisa de 2 cm. de diámetro sobre el punto de desembocadura del colédoco; se tomó biopsia de esa porción y no teniendo otra orientación decidimos derivar la bilis retenida en el colédoco dilatado hacia duodeno, lo que no ofreció dificultades técnicas.

Nuestra conducta en el acto quirúrgico fue improvisada. Creímos que lo más inocuo y beneficioso para la paciente era aliviar la obstrucción biliar y el procedimiento que técnicamente nos pareció más favorable fue la derivación efectuada. Sospechamos la existencia de una patología en cabeza de páncreas y, a pesar de la edad de la paciente, supusimos que podría ser de naturaleza maligna. Declaramos que no teníamos explicación para la constatación de una vesícula de apariencia normal colapsada.

Comentando los hallazgos operatorios con el Dr. Jorge Rivera, radiólogo que había efectuado todas las interpretaciones anteriores, sugirió la posibilidad de que se tratara de un quiste de colédoco. En ese entonces confesamos no tener conocimiento de tal entidad, pero estudio posterior ha hecho que nos declaremos partícipes de ese diagnóstico por los datos que apuntan más adelante.

; El postoperatorio transcurrió normalmente con excepción de que en el tercer día operatorio desarrolló fiebre diaria vespertina con ascenso hasta 38°5, durante

5 días; que cedió al siguiente día de usar penicilina. El estado general mejoró y la ictericia fue disminuyendo clínicamente. El 28-V., la Bilirrubina Total fue de 6,80, la Directa 4,50 y la Indirecta 2,30, con un índice Ictérico de 41,4. El 2-VI la Bilirrubina Total fue de 4,10, la Directa 2,30, la Indirecta 1,30 y el I. I. de 23,7. El 8-VI el I. I. fue de 15,6. El informe anatomopatológico fue "Moderada fibrosis de la cabeza del páncreas". El 10 se ordenó un tránsito gastroduodenal que evidenció que la derivación estaba funcionando ya que se logró llenar la bolsa con el medio de contraste. En el momento de redactar este informe la paciente está por abandonar el hospital completamente asintomática.

### COMENTARIOS

La dilatación del colédoco con estenosis de su extremo distal caracteriza esta anomalía de las vías biliares que se ha denominado "Dilatación Quística Congénita del Colédoco" o simplemente "Quiste del Colédoco". Su frecuencia es muy escasa ya que, según Moguilevsky y Col. (1), en la bibliografía mundial apenas hay 216 casos informados. La mayoría ocurren en niños, aunque existen algunos que se manifiestan en la edad adulta joven, especialmente en el sexo femenino (Spencer 2); los textos de Cirugía General consultados no hacen mención de los quistes coledocianos, en cambio, los de Cirugía Pediátrica o especializada sí lo hacen (3,4). La etiología de esta dilatación es desconocida, pero su origen congénito es sugerido por a) ocurrencia en niños y adultos jóvenes, y b) la localización neta de la dilatación sólo a una porción del sistema biliar extrahepático como se esperaría con una debilidad congénita de un segmento del colédoco. La obstrucción distal, congénita o adquirida, es una parte integrante de la patología, pero según Spencer no es un factor etiológico primario.

La capacidad de los quistes es variable, desde algunos centímetros cúbicos a varios litros de bilis; a pesar del estancamiento biliar son raros los cálculos intraquísticos (1% aproximadamente). La dilatación nunca abarca todo el colédoco, siendo lo habitual que tome una extensión variable de su porción proximal a la que a veces se agrega parte o todo el conducto hepático, pero sin que los conductos hepáticos derecho e izquierdo participen en la misma; el conducto cístico puede desembocar por encima de la bolsa o en la bolsa misma sin quedar, ni él ni el reservorio vesicular, incluidos en la dilatación. La porción distal del colédoco habitualmente está estrechada y atrófica. La pared del quiste generalmente es fibrosa, resistente y recubierta por epitelio más o menos continuo, aunque a veces es friable o no existe.

Los síntomas son debidos a obstrucción del colédoco distal, a la presencia de cálculos en el quiste o a infecciones ascendentes; por tanto, sus manifestaciones son las de una enfermedad crónica del tracto biliar: dolor en el cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos, ocurrencia de ictericia y fiebre ocasional. A veces se palpa una masa en el mencionado cuadrante que suele ser doloroso cuando hay síntomas agudos. Debe sospecharse su presencia ante la tríada de dolor, ictericia y presencia de masa; se tendrá su comprobación por medio de la colecistografía. Desgraciadamente la tríada casi nunca está completa y la visualización radiológica no siempre es exitosa. Lo habitual es que el diagnóstico se efectúe una vez abierto el abdomen.

El tratamiento debe ser siempre quirúrgico. Todos los casos no intervenidos terminaron en complicaciones que condujeron a la muerte. El acuerdo parece ser unánime en cuanto a que la técnica a seguir debe ser la derivación hacia duodeno yeyuno (coledococistoduodenostomía o coledocistoyeyunostomía con anastomosis en Y de Roux); se prefiere la primera por la frecuencia con que se instalan úlceras pépticas duodenales con la segunda. Usualmente no se aconseja la colecistectomía.

pues si se presentan dificultades en la derivación anterior puede utilizarse la vesícula como nueva vía de derivación. En los casos de grandes quistes la cavidad residual puede crear un problema: cuando el quiste puede ser aislado la técnica ideal parece ser la resección total seguida por hepatoduodenostomía; sin embargo, en los quistes de grandes dimensiones existen usualmente fuertes adherencias que imposibilitan su aislamiento, por lo que se tiene que recurrir a la resección parcial hasta donde sea posible para disminuir la cavidad residual con anastomosis de este colédoco neoformado al duodeno. Recientemente, Heimlich (5) informó un caso ocurrido a una mujer de 31 años en que pudo lograr la escisión del quiste junto con vesícula biliar y conducto hepático común; restableció las vías biliares extrahepáticas con un tubo pediculado construido de la curvatura mayor del estómago implantado en la zona prepilórica.

En resumen, se cree informar el primer caso de Quiste del Colédoco en Honduras, tratado por medio de coledococistoduodenostomía y que en el momento de redactar el informe se ha recuperado totalmente.

### *BIBLIOGRAFÍA*

- 1.—MOGUILEVSKY, L. y CACERES B. M.: Quiste del Colédoco. La Prensa. Méd. Arg. 49:1166. 1962. 2.—SPENCER, R.: Choledochal cyst. Surg., Gyn. & Obst. 114:388. Marzo 1962. 3.—SWENSON, O.: Cirugía Pediátrica. Editorial Interamericana, S. A. México, 1960.
- 4.—PUESTOW, C. B.: Cirugía Biliar, Pancreática y Esplénica. Editorial Interamericana, S. A., México, 1955. 5.—HEIMLICH, H. J.: Excisión of a Choledochal Cyst.: Common bile duct reconstruction with a gastric pedicle tube. J.A.M.A. 284:863, 1963.