

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO**  
**NACIONAL S. XXI**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

33  
29

**EXPERIENCIA DE QUISTE DE COLEDOCO EN**  
**EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**C.M.N. SIGLO XXI**

**TESIS DE POSTGRADO**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**  
**CIRUGIA GENERAL**  
**P R E S E N T A:**  
**DR. YONIS JESUS FLOREZ MENDOZA**

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# **Universidad Nacional Autónoma de México**

---

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional S. XXI  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## **EXPERIENCIA DE QUISTE DE COLEDOCO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL C.M.N. SIGLO XXI**

### **Tesis de Postgrado**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

### **CIRUGIA GENERAL**

PRESENTA:

**Dr. Yonis Jesús Flórez Mendoza**

**EXPERIENCIA DE  
QUISTE DE COLEDOCO**

**Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional S. XXI  
Instituto Mexicano del Seguro  
Social**

**Servicio de Gastrocirugía  
Curso de Especialización en  
Cirugía General**

**Jefe del Servicio y Profesor Titular:** *Dr. Roberto Blanco Benavides*  
**Asesor de Tesis:** *Dr. Federico Armando Castillo González*  
**Alumno:** *Dr. Yonis Jesús Flórez Mendoza*



## APROBACIÓN DE TESIS

*Dr. Niels Wachter Rodarte*  
*Jefe del Servicio de Enseñanza e Investigación*  
Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI

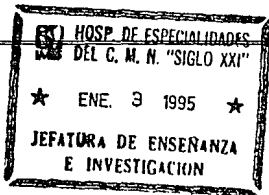
Vo. Bo. *Wachter*

*Dr. Roberto Blanco Benavides*  
*Jefe del Servicio de Gastrocirugía*  
Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI  
Profesor titular del curso de especialización en Cirugía General

Vo. Bo. *Blanco*

*Dr. Federico A. Castillo González*  
Médico Adscrito al Servicio de Gastrocirugía  
Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI  
Profesor adjunto del curso de especialización en Cirugía General

Vo. Bo. *Castillo*



# **I TITULO**

**Experiencia de quistes de coledoco en el Hospital de Especialidades del  
C.M.N Siglo XXI.**

## **II AUTORES**

**Dr. Roberto Blanco Benavides**  
Jefe del Servicio de Gastrocirugía  
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.  
Profesor titular del curso de especialización en Cirugía General.

**Dr. Federico A. Castillo González**  
Médico Adscrito al Servicio de Gastrocirugía  
Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI  
Profesor adjunto del curso de especialización en Cirugía General

**Dr. Yonis J. Flórez Mendoza**  
Médico residente del tercer año  
Especialización en Cirugía General  
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.



### **III SERVICIO**

Servicio de Gastrocirugía  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## **IV INTRODUCCION**

Los quistes coledocianos son considerados como una rara dilatación congénita del coledoco que se asocia frecuentemente con una dilatación congénita o adquirida de los conductos intrahepáticos.

A pesar de la controversia que existe respecto a su etiología, actualmente continua la aceptación de la teoría propuesta por Babbit, en 1969 que especifica una malformación congénita de la unión de los conductos pancreático y biliar.

Los quistes coledocianos predominan en las mujeres. Más de la mitad aparecen en la primera década de la vida. El complejo sintomático típico se caracteriza por dolor, masa palpable e ictericia pero es hallazgo poco frecuente. El tipo I de los quistes es el más frecuente según la clasificación de Todani. La confirmación diagnóstica se obtiene mediante la ecografía y TAC que muestran las dimensiones del quiste, su relación con las estructuras vasculares del pedículo hepático y la anatomía de los conductos intrahepáticos. Las complicaciones más frecuentes que se presentan son colangitis, pancreatitis, colecistitis litiásica y adeno carcinoma.

El tratamiento de elección es la resección del quiste y la realización de una hepaticoyunioanastomosis. Las anastomosis del tubo digestivo con el quiste no son deseables porque en el 50% de los casos no se controla la colangitis y no se impide la aparición de las neoplasias malignas.

## V ANTECEDENTES

La descripción original de un quiste de coledoco se adjuca al anatomista Vater en 1748.

Alonso Lej en 1959, propone una clasificación y tratamiento para esta patología (1,2).

La incidencia de quistes coledocianos en países occidentales es de 1 en 100,00 y en 1 en 150,000 nacidos vivos, pero es más común en Japón. La relación mujeres: hombres varía de 3:1 a 4:1 según la serie. Aproximadamente el 60% de los casos se diagnóstica hacia el décimo año de vida. (1,3).

Aunque Alonso-Lej reportó en 1959 tres tipos de quistes de colédoco, en la actualidad se reconocen por lo menos cinco formas; a saber, tipo I-dilatación sacular o fusiforme del árbol biliar extrahepático, tipo II-quiste diverticular, tipo III-coledococèle, tipo IV-como el tipo I pero asociado a dilatación ductal intrahepática y tipo V -sólo dilatación ductal intrahepática segmentaria (Enfermedad de Caroli). (3,4,5,6). El tipo I es subdividido en la dilatación quística, IB dilatación segmentaria e IC dilatación fusiforme. El tipo IV es sub-dividido en IV A que corresponde al descrito como tipo I al que se le agrega la presencia de quistes intra-hepáticos, y en tipo IV B que presenta un patrón de múltiples quistes extra-hepáticos. (Ver figura 1).

Todani (1977) subdivide el tipo I en dilatación quística y en dilatación fusiforme.

La Sociedad de Cirugía Pediátrica de Japón reporta que 51% de los quistes de colédoco son del tipo I. (7).

El examen histológico de la pared de un quiste de colédoco extrahepático muestra una estructura de grosor importante con tejido conectivo grueso mezclado con fibras de músculo liso con muy poco o sin capa de mucosa. A nivel duodenal existe usualmente obstrucción parcial o completa. A largo plazo, el quiste de colédoco se maligniza en 10 al 15% de las ocasiones, desarrollando un carcinoma. El carcinoma ocurre con mayor frecuencia en el quiste de colédoco tipo I y IV pero se ha encontrado en todos los tipos. Los pacientes con quiste de colédoco tienen un riesgo de desarrollar carcinoma de las vías biliares de 15 a 20 veces mayor que la población general. Por otro lado, el riesgo está relacionado con la edad. Así, el riesgo es de 0.7% en los pacientes por debajo de 10 años y llega hasta 14.3% en aquellos por encima de 20 años. El sitio más frecuente de origen de la neoplasia es la pared misma del quiste, donde ocurre la degeneración en el 60% de las ocasiones. La causa para la degeneración maligna es desconocida; pero la hipótesis señala que la inflamación crónica por estasis biliar y reflujo de enzimas pancreáticas vía el canal común largo, son los responsables de la aparición de la neoplasia (8,9).

Varias teorías se han propuesto en la patogénesis del quiste colédoco. La teoría embriológica propone que las anomalías quísticas son resultado de una canalización irregular de los conductos biliares. En 1974 Saito e Ishida propusieron que una anomalía en este proceso podría dar como resultado una debilidad de la pared de los conductos y una destrucción de la luz distal.

La teoría del conducto común propone la unión pancreatico-biliar aberrante localizada en un sitio proximal da por resultado reflujo pancreático con destrucción y dilatación de la pared del conducto (más aceptada).

La teoría "Disfunción Biliar Vegetativa" se refiere a disminución de las células ganglionares en la parte terminal del conducto colédoco, obstrucción parcial formación de quiste proximal. (10)

La mayoría de los casos hasta el 60% se diagnostica en la infancia antes de los 10 años de edad, pero el diagnóstico puede hacerse a cualquier edad y el 25% de los pacientes tiene más de 20 años en el momento de la presentación. Se han informado algunos casos hasta en la octava década.

El orden de frecuencia de los signos clásicos de ictericia, dolor y masa palpable en hipocondrio derecho varía de serie en serie. La aparición de los tres síntomas y signos en el mismo paciente ("triada clásica") varía del 13 al 63% y hay fiebre o vómitos en aproximadamente el 30% de los pacientes. La incidencia obstructiva es típicamente intermitente y es el aspecto principal en la primera infancia, mientras que una masa palpable es un hallazgo más común en la segunda infancia. Se informa ictericia acompañada de fiebre (colangitis) más a menudo en adultos.

El diagnóstico diferencial de un quiste que se presenta con una masa palpable en hipocondrio derecho incluye mucocele de la vesícula, quistes y neoplasias de hígado, quistes y neoplasias de páncreas y glándula suprarrenal, lesiones renales y la rara perforación espontánea de las vías biliares en la primera infancia. (1,3,11).

Las complicaciones del quiste de colédoco son colecistitis, colangitis, pancreatitis y sangrado de tubo digestivo alto por hipertensión portal secundaria a cirrosis biliar. Usualmente los pacientes con pancreatitis tienen ésta en base a colangitis y el subsecuente proceso obstructivo. (13,14).

En el adulto, el quiste de colédoco puede confundirse con enfermedad litiásica vesicular por lo parecido de sus manifestaciones clínicas.

Los exámenes de laboratorio de los pacientes con quiste de colédoco no son específicos y muestran hiperbilirrubinemia, elevación de fosfata alcalina y ocasionalmente de amilasa. (15).

La placa simple de abdomen puede hacer sospechar el quiste colédoco por desplazamiento del estómago, duodeno y colon. Lo mismo ocurre con estudios contrastados de tubo digestivo superior. El ultrasonido es particularmente útil en el diagnóstico del quiste de colédoco. Logra definir tamaño, contorno, y posición. Es también empleado para evaluar anatomía preoperatoria. El gammagrama hepatobiliar con EHIDA (ácido hepático iminodiacético) permite diagnosticar el quiste de colédoco, determinar la anatomía del árbol biliar y finalmente evaluar la función hepática en pacientes en los que se sospecha cirrosis. El signo patognomónico consiste en un defecto de llenado inicial en el hígado, seguido de un aumento gradual en la concentración de radiofármaco en el quiste (3,4,6,9,14,15).

La TAC y la angiografía son otros diagnósticos complementarios, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica permite una buena visualización de los quistes extrahepáticos y del árbol biliar intrahepático. Se usa con frecuencia

como método diagnóstico preoperatorio; sin embargo, existen reportes que se acompaña de complicaciones como hiperamilasemia, pancreatitis fatal ocasional y septicemia por gram negativos (15,16).

Se han descubierto varias complicaciones de la dilatación quística del colédoco: intericia, colangitis recurrente, pancreatitis, colecistitis, fibrosis hepática, carcinoma, ruptura del quiste e hipertensión portal.

Weindmeyer reporta 6 pacientes de 8 estudiados, que presentan ectasia del conducto común, lo anterior demostrado por CPRE. Normalmente, la distancia entre el ámpula y la llegada del Wirsung al conducto común, es de 15 mm y el diámetro de este último es de 3 a 5 mm. En los pacientes de Weindmeyer, la distancia es de 26 mm (promedio) y el diámetro del conducto común de 7 mm. (4,7).

Al parecer hay dos teorías que explican la presencia de pancreatitis en los pacientes con quiste de colédoco: la primera señala que existe en estos pacientes una obstrucción distal que favorece colangitis y a su vez pancreatitis (hallazgos histológicos típicos en quiste de colédoco son dilatación coledociana que termina abruptamente cerca del duodeno, -incluso con estenosis distal.) La segunda teoría es apoyada por Godberg y asociados que en 1980 revisan cuatro casos de pancreatitis asociada a coledococoele (quiste de colédoco tipo III) y señala que la colangiografía percutánea transhepática muestra reflujo de medio de contraste del coledocoele al conducto pancreático. Lo anterior explicaría la pancreatitis por la teoría clásica de génesis de ésta en base al reflujo biliar al Wirsung. (11,12,18,19).

En la actualidad, el tratamiento más recomendado por la mayoría de los autores en la excisión del quiste con hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Lo anterior es aplicable a los quistes de colédoco tipo I, II, IV. En los pacientes con quiste tipo III, el abordaje quirúrgico recomendado es aquél en el cual se realiza una duodenotomía lateral con "destrechamiento" del coledococoele y lograr así que el Wirsung y el colédoco drenen directamente al duodeno. Se requiere re-aproximar posteriormente los bordes de la mucosa, no comprometiendo en esta etapa el drenaje biliar. Los coledococoeles que ocupan la cabeza del páncreas deberán de ser resecaados en algunas ocasiones, aunque también pueden requerir drenaje al duodeno, a una asa de yeyuno o cirugía de Whipple. (2,16,18,19,20).

Los pacientes con afección intra-hepática requieren un abordaje individualizado, considerando el principio básico de mantener un drenaje biliar adecuado. En los pacientes con Enfermedad de Caroli, se recomienda ya sea la resección hepática cuando los quistes son periféricos, o bien, drenaje hacia un asa de yeyuno en Y de Roux. El drenaje externo a través de sonda en T sólo se emplea en las ocasiones en que se está realizando una cirugía de urgencia por perforación o colangitis. (11,12).



## **VI PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

- ¿Será el dolor abdominal, náusea, vómito e ictericia, masa palpable en hipocondrio derechos los síntomas primarios al momento del diagnóstico de quiste de colédoco?
- ¿Será el tipo I de quiste de colédoco según la clasificación de Todani el más frecuente?
- ¿Será la litiasis vesicular, colangitis, pancreatitis, las complicaciones más frecuentes del quiste de colédoco previo al procedimiento quirúrgico?
- ¿Será la colangitis, litiasis, intra y extrahepática, cirrosis biliar las complicaciones más frecuentes del quiste de colédoco posterior al procedimiento quirúrgico?

## **VII OBJETIVOS**

- 1.- **Síntomas primarios al momento del diagnóstico de quiste de colédoco.**
- 2.- **Conocer qué tipos de quiste son más frecuente.**
- 3.- **Conocer qué complicaciones son más frecuentes previo al procedimiento quirúrgico.**
- 4.- **Conocer qué complicaciones son más frecuentes posterior al procedimiento quirúrgico.**

## **VIII MATERIAL, PACIENTES Y METODOS**

**1) Diseño del Estudio**

**Serie de casos.**

**2) Universo de trabajo:**

**Expedientes de pacientes con diagnóstico de quiste de colédoco en el servicio de gastrocirugía de enero de 1987 a octubre de 1993 del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI.**

**3) Descripción de las variables:**

**a.1) Variable independiente**

- **Diagnóstico de quiste de colédoco**

**a.2) Variable dependiente**

- **Síntomas iniciales**
- **Tipo de quiste**
- **Complicaciones preoperatorias**
- **Complicaciones postoperatorias**

**4) Descripción operativa de las variables**

• **Síntomas iniciales:**

**El quiste de colédoco se define como la dilatación quística del colédoco, congénita, asociada o no a otras anomalías en la anatomía del árbol biliar. El orden de frecuencia de los signos clásicos de ictericia, dolor y masa**

palpable en hipocondrio derecho (triada clásica) varía del 13 al 63% y hay fiebre, náusea o vomitos en aproximadamente el 30% de los pacientes.

- **Tipo de quiste**

Existen varias clasificaciones para los quistes de colédoco, pero la más utilizada es la de Todani que se describe a continuación:

Tipo 1a. Dilatación quística

Tipo 1b. Dilatación segmentaria

Tipo 1c. Dilatación fusiforme

Tipo II. Divertículo

Tipo III. Coledococele

Tipo IVa. Quistes combinados de conductos intrahepáticos y extrahepáticos.

Tipo IVb. Múltiples quistes extrahepáticos

Tipo V. Quistes intrahepáticos

El tipo 1c, es el más común, se caracteriza por la presencia de una dilatación fusiforme del colédoco, que se extiende hacia el conducto hepático común pero no alcanza a los conductos hepáticos propios. El diagnóstico se realiza básicamente transoperatorio.

- **Complicaciones preoperatorias**

Las complicaciones que se presentan antes de la cirugía son colangitis que se caracteriza por ictericia, fiebre y dolor en hipocondrio derecho, pancreatitis, la cual puede ser desde edematosa a necrótica hemorrágica y se definirá independientemente de la gravedad, al paciente que presente dolor en epigastrio, pungitivo con o sin irradiaciones y que este cuadro clínico se acompañe de hiperamilasemia por encima de 400 u/l. Entre otras complicaciones se mencionan rotura del quiste, la malignización

(adenocarcinoma) que su incidencia es de aproximadamente 15%, cirrosis e hipertensión portal, la cual puede producirse por compresión de la vena porta o estenosis biliar y una hemorragia intestinal puede ser el signo de presentación de un quiste coledociano, colecistitis litiásica y litiasis biliar por estasis de bilis.

- **Complicaciones postoperatorias**

Entre estas complicaciones las que más frecuente se presentan con colangitis, que se caracteriza por ictericia, fiebre y dolor en hipocondrio derecho, la cual se presenta por estenosis de la boca anastomótica o presencia de litiasis; dehiscencia de la anastomosis o fuga de la misma y se verifica por gamagrama hepatobiliar.

En los pacientes con hepatico-yeyuno anastomosis ferulizada por tutores transhepáticos y en los que no hay gamagrama hepatobiliar postoperatorio, la permeabilidad o estenosis de la anastomosis se definirá en base a la colangiografía por sondas transhepáticas, en la cual el adecuado o inadecuado paso del medio de contraste del árbol biliar al asa intestinal, diagnosticará permeabilidad o estenosis, cirrosis e hipertensión portal, la cual se presentan por estenosis de la vía biliar; malignización en casos que no se reseque todo el quiste y su incidencia es del 15% aproximadamente.

5) **Selección de la muestra**

a) **Tamaño de la muestra**

Todos los expedientes existentes en el archivo clínico del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI de pacientes con quistes de colédoco sometidos a cirugía de enero de 1987 a octubre de 1993.

**b) Criterios de selección**

**b.1) Criterios de inclusión**

- Pacientes con quiste de colédoco
- Edad mayor de 16 años
- Cualquier sexo

**b.2) Criterios de no inclusión**

- Pacientes menores de 15 años

**6) Procedimiento**

Se revisaron todos los expedientes existentes de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por quiste de colédoco en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de enero de 1987 a octubre de 1993, tomando en cuenta la edad, sexo, síntomas y signos iniciales en el momento del diagnóstico, laboratorios pre y postoperatorios, estudios de gabinetes realizados, complicaciones pre y postoperatorias, cirugía realizada, necesidad de reintervención, manejo antibiótico. Dichos datos serán vaciados en una hoja de captura computarizada donde se llevará a cabo el análisis estadístico.

**7) Análisis estadístico**

Estadística descriptiva a través de tabla de frecuencia.

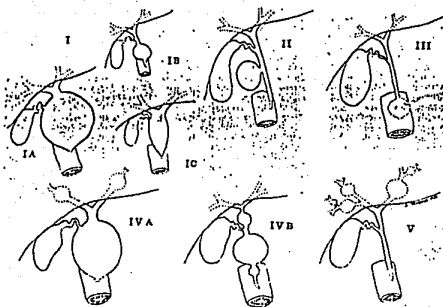


Fig. 1. Todani's classification Scheme of Choledochal cysts.

## **IX RESULTADOS**

Se operaron 7 pacientes con quiste de colédoco de 1987 a 1993 en el Hospital de Especialidades del C.M.N., de los cuales seis (7) son del sexo femenino y uno (7) es del sexo masculino (gráfica I). La edad promedio al momento de la cirugía inicial para quiste de colédoco es de 18 años para las mujeres, con un rango de 16 a 36 años. Se operó un hombre a los 42 años.

La distribución de los pacientes según el tipo de quiste de colédoco muestra que seis pacientes (7) tuvieron quiste tipo Ic y un paciente tuvo quiste tipo IV (7) de la clasificación de Todani. (Tabla I).

El síntoma más frecuente al momento de ingreso es el dolor abdominal presente en la totalidad de nuestros pacientes. Este dolor es tipo pungitivo, intenso en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a la espalda y agudizado por alimentos colecistoquinéticos. La náusea y vómito se presentó en 6 pacientes (7) al igual que la ictericia, la cual fue intermitente y se acompañó de coluria y acolia. La triada clásica de ictericia, dolor abdominal y masa palpable no se presentó en ningún paciente. (Tabla II).

A todos los pacientes se les realizó ultrasonido abdominal diagnosticando cinco de siete, quiste de colédoco y los otros dos operados fuera de la unidad se diagnosticó litiasis vesicular. A cinco de los 7 pacientes se efectuó TAC y CPRE haciendo el diagnóstico igualmente que el método anterior (ultrasonido). (Tabla III).



Al momento del ingreso las complicaciones acompañantes fueron como sigue: un paciente (7) presentó colangitis. Este paciente fue intervenido de urgencia, realizándole exploración de la vía biliar y colocación de sonda en T y en otro tiempo quirúrgico resección del quiste y hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux.

Existió un caso de pancreatitis, pero éste no se manifestó clínicamente y fue diagnosticada transoperatoriamente (pancreatitis edematosa, con cifras de amilasa y lipasa normales). Un solo paciente presentó colecistitis litíásica no aguda. No se encontraron casos de degeneración maligna al ingreso (primer intervención) ni de cirrosis biliar, ni de litiasis en la vía biliar (Tabla IV).

Después de Colangio-Pancreatografía retrógrada endoscópica dos pacientes presentaron pancreatitis aguda. Esta fue severa; con cuadro clínico típico y con valores de amilasa de 1.700 UI en promedio. Además de la Pancreatitis uno de los pacientes presentó colangitis después del estudio y requirió por este motivo cirugía de urgencia a base de derivación de la vía biliar con sonda T. (Tabla V).

La cirugía inicial fue sólo derivación de la vía biliar mediante sonda T en dos pacientes, ambos procedimientos fueron de urgencias e indicados por evidencia de colangitis. Uno de ellos corresponde al paciente que desarrolló pancreatitis y colangitis, después de Colangio-Pancreatografía retrógrada endoscópica, el otro corresponde al paciente que desde un inicio se apreció con colangitis.

Dos pacientes fueron operados por primera vez fuera de nuestro servicio, a ambos se le realizó colecistectomía y exploración de vías biliares por sospecha de colecistitis, no realizando en este momento directo sobre el quiste. (Tabla VI).

A todos los pacientes con diagnóstico de quiste de colédoco se les sometió a procedimiento resectivo con hepático-yeyuno-anastomosis como cirugía correctiva. Este fue el caso para todos los 7 pacientes. A todos los pacientes se les realizó además colecistectomía, excepto evidentemente a los dos referidos con esta cirugía realizada previamente. (Tabla VII).

El tipo de anastomosis biliodigestiva fue iniciativa del cirujano responsable; a sólo dos de los 7 pacientes se les realizó la anastomosis con tutores transhepáticos, el resto de los pacientes fueron sometidos a anastomosis suturadas sin tutores. (Tabla VIII).

El seguimiento del grupo de paciente fue en promedio de 3.5 años después de la cirugía resectiva. Ningún paciente ha presentado evidencia de carcinoma. Una paciente requirió de reintervención a los 4 años de hepatico-yeyuno-anastomosis con sondas transhepáticas por el desarrollo de disfunción de las mismas después de que se le diagnosticara estenosis y fibrosis de la vía biliar, con litiasis intrahepática. Esta paciente ha desarrollado colangitis de repetición. Una paciente requirió de reintervención al quinto día postoperatorio, por sospecha de sepsis abdominal, encontrándose conducto biliar accesorio de 0.3 cm. con evidencia de colangitis. A este conducto se le realizó una segunda derivación biliodigestiva. La recuperación posterior de este caso fue satisfactoria. Los restantes cinco pacientes no requirieron reintervención después del procedimiento resectivo, todos se encuentran con anastomosis biliodigestivas hasta el momento actual permeables. Lo anterior es corroborado por gammagrama hepatobiliar (en las anastomosis no ferulizadas), en la cual se observa adecuada eliminación del radiofármaco hacia el asa intestinal.

Los dos pacientes con sondas transhepáticas se encuentran también con anastomosis permables (según lo demuestra la colangiografía por sondas), aun en el caso de la paciente que requirió reintervención. Sin embargo, este caso presenta defecto de llenado intrahepático en la colangiografía sugestiva de litiasis y evidencia de daño hepático por colestasis.

<b>Tipo de quiste según Todani</b>	
<b>Tipo de Quiste</b>	<b>Número de Pacientes</b>
Ic	6/7
IVb	1/7
<b>I</b>	

<b>Síntomas primarios al momento del diagnóstico</b>	
<b>Síntoma</b>	<b>Casos</b>
Dolor abdominal	7/7
Nausea / vómito	6/7
Ictericia	6/7
<b>II</b>	

<b>ESTUDIOS DIAGNOSTICOS REALIZADOS</b>	
<b>Estudio</b>	<b>Pacientes</b>
U.S. Abdominal	7/7
CPRE	5/5
TAC	5/5
<b>III</b>	

<b>COMPLICACIONES ASOCIADOS AL INGRESO</b>	
<b>Complicación</b>	<b>Pacientes</b>
Colangitis	1/7
Pancreatitis	1/7
Colecistitis litíásica	1/7
Cirrosis biliar	----
Degeneración maligna	----
Litiasis vía biliar	----
<b>IV</b>	

<b>COMPLICACIONES ASOCIADAS DESPUES DE CPRE</b>	
<b>Complicaciones Asociadas</b>	<b>Pacientes</b>
CPRE realizadas	5/5
Pancreatitis post CPRE	2/5
Colangitis post CPRE	1/5
<b>V</b>	

**CPRE: COLANGIOGRAFIA PANCREATICO RETROGRADA  
ENDOSCOPICA**

**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO INICIAL**

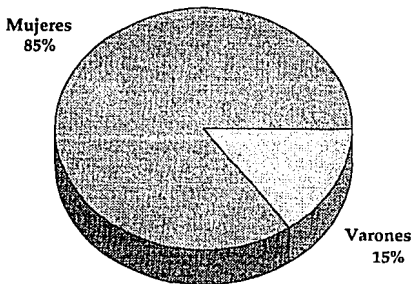
	Pacientes	Indicación
Colocación Sonda T.	2/7	Colangitis
Colecistectomía y Exploración vías biliares	2/7	Operados en otra unidad
<b>VI</b>		

**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DEFINITIVO**

Procedimiento	Paciente
Resección quiste y reconstrucción en Y Roux	7/7
Esfinteroplastia Transdoudenal	----
Colédoco coledoco anastomosis	----
Lobectomía hepática	----
<b>VII</b>	

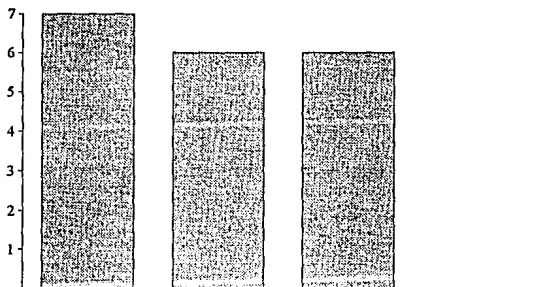
**PERMEABILIDAD DE LA HEPATICO-YEYUNO ANASTOMOSIS**

	Pacientes con Hepatico-yeyuno-anastomosis	Anastomosis Permeables
No ferulidad	5/7	5/7
Sondas Transhepáticas	2/7	2/7
<b>VIII</b>		



**Gráfica 1**  
**Distribución de los Casos por Sexo**

Nº de Pacientes



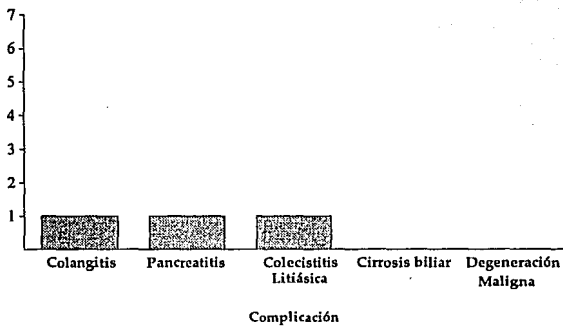
Gráfica II

Sintomatología al Ingreso (7 Pacientes)

\* Dolor abdominal, ictericia y masa palpable.

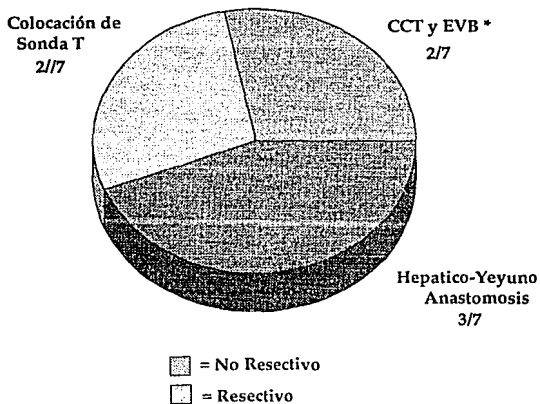


### Nº de Pacientes con Alguna Complicación



Gráfica III

Frecuencia de Complicaciones Asociadas al Ingreso



Gráfica IV

Procedimiento Quirúrgico Inicial  
(Resectivo y No Resectivo)

\* CCT y EVB = Colectomía y Exploración de Vías Biliares

## X CONCLUSIONES

- 1.- El quiste de colédoco es una patología rara, usualmente diagnosticada en edad pediátrica, sin embargo, se presenta en adultos como se demuestra en nuestra serie, por lo que el cirujano debe tener presente este diagnóstico.
- 2.- Los síntomas iniciales más frecuentes son dolor abdominal, náusea o vómito e ictericia a diferencia de lo que se menciona en la literatura ya que lo más frecuente es ictericia, dolor en hipocondrio derecho y masa palpable (triada clásica).
- 3.- Continua siendo el tipo I (fusiforme), según la clasificación de Todani, el más frecuente de los quistes de colédoco.
- 4.- La colangitis, la pancreatitis aguda y la degeneración maligna son las complicaciones más frecuentes del quiste de colédoco, la cirugía temprana resectiva es la única manera de prevenirlas.
- 5.- La CPRE aunque útil al diagnóstico es potencialmente deletérea en los pacientes con quiste de colédoco, por la incidencia de pancreatitis y colangitis en nuestra serie.
- 6.- En caso de realizar CPRE tomar en consideración la colocación de catéter nasobiliar y manejo antibiótico preprocedimiento en pacientes con quiste de colédoco (pendiente protocolo).
- 7.- El tratamiento definitivo de los quistes de colédoco continua siendo resección y reconstrucción en Y Roux, ya sea con tutores, prótesis o sin ellas.

8.- El ultrasonido y TAC son estudios concluyentes y con buena certeza para el diagnóstico del quiste de colédoco.

## **XI RESUMEN**

El presente estudio es una revisión retrospectiva de la experiencia en la presentación, diagnóstico y manejo de los pacientes con quiste de colédoco en el H.E.C.M.N. Hemos encontrado, que se trata de una patología rara con predominancia de afección del sexo femenino. El cuadro clínico del quiste de colédoco es muy similar al de colecistitis, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente. La presencia de complicaciones del tipo de la colangitis y de la pancreatitis fueron hallazgos frecuentes en nuestra serie de casos. Los estudios diagnósticos son varios, pero la CPRE a pesar de su información anatómica, es potencialmente dañina, al encontrar una alta tasa de complicaciones post-CPRE del tipo de la colangitis y pancreatitis. En caso de recurrir a este estudio, se deberá tomar en cuenta la colocación de un catéter nasobiliar y la aplicación de antibiótico que se concentre en la vía biliar preprocedimiento (pendiente protocolo). El manejo óptimo de los pacientes con quiste tipo I requiere de cirugía temprana, siempre resectiva, con reconstrucción en hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux. El pronóstico en cuanto a drenaje biliar con este manejo es excelente.

## **XII BIBLIOGRAFIA**

- 1.- O'Neill J: Choledochal Cyst. *Curr Probl Surg* 1992; June: 363-409.
- 2.- Schwartz S (ed): *Maingots Abdominal Operations*. Appleton and Lange, 1990, pp 1365-1379.
- 3.- Katyal D, et al: Choledochal cysts: a retrospectiva review of 28 patients and a review of the literautre. *CJS* 1992; 35: 584-588.
- 4.- Saavader S. et al: Choledochal Cysts: Classificagtion and Cholangiographic Appearance. *AJR* 1991; 156: 327-331.
- 5.- Cosentino C. et al: Choledochal duct cyst: Resection with physiologic reconstruction. *Surg* 1992; 112: 740-748.
- 6.- Chijjiwa K. et al: Surgical Management and Long-Term Follow-Up of Patients With Choledochal Cysts. *Am J.* 165: 238-242.
- 7.- Patel S. et al: Congenital cyst of common bile duct: An unusual cause of obstructiva jaundice. *Surg* 1991; 109: 333-335.
- 8.- De Wilde v. et al: Choledochal cysts in the adult. *Endoscopy* 1991; 23-4-7.
- 9.- Lopez R. et al: Variation in management based on type of choledochal cyst. *Am J. Surg* 1991; 161: 612-615.

- 10.- Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de vías biliares. Vol. 6. 1990.
- 11.- Martin R. et al: Symptomatic choledochoceles in adults. Arch Surg 1992; 127-536-539.
- 12.- Alonso-Lej F. et al: Congenital choledochal cyst, with a report of two and an analysis of 94 cases. Surg Gynecol Obstet Int Abstr Surg 1959; 198: 1-30.
- 13.- Todani T. et al: Congenital bile ducts cysts classification, operative procedures and review of cases including cancer arising from choledochal cysts. Am J Surg 1977; 134: 263-269.
- 14.- Manning P. et al: Choledochcele, an unusual form of choledochal cyst. Pediatr Surg Int 1990; 5: 22-26.
- 15.- Kasai M. et al: Surgical treatment of choledochal cyst. Ann Surg 1970; 172: 844-851.
- 16.- Yamahuci M: congenital choledochal cyst: Analysis of 1433 patients in the Japanese literature. Am J Surg 1980; 140: 653-657.
- 17.- Ikada A. et al: Congenital dilatation of the bile duct in 100 instances and its relationship with anomalous junction. Surg Gynecol Obstet 1990; 171:291-298.
- 18.- Lilly J. et al: Spontaneous perforation of the extrahepatic bile ducts and bile peritonitis in infancy. Surgery 1974; 75: 664-673.

- 19.- Todani T. et al: Pseudopancreatitis in choledochal cyst in children, intraoperative study of amylase levels in the serum J. Pediatr Surg 1990; 25: 303-306.
  
- 20.- Powell C. et al: Management of adult choledochal cysts. Ann Surg 1981; 193: 666-674.