



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**QUISTES DEL COLEDOCO
ASPECTOS CLINICO-QUIRURGICOS.
PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA
LITERATURA.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
IVAN MARCELO CUEVA GALARRAGA

MEXICO, D. F.

2000

m. 346718



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 esta 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.

Agradecimiento....

Dedicado con gran cariño:

A mi madre María Mercedes,

A mi padre José Rafael,

A mis hermanas, Katya, Viviana y
Nancy,

A mis hermanos , José y Gustavo.

Sin su apoyo ésta pequeña empresa no
hubiera llegado a feliz término.

PENSAMIENTO

RECUERDOS DEL DR. HALSTED.

Un día en 1899, 3 cirujanos, el Dr. Mallock de Toronto, un antiguo asistente de Lord Lister, con el Dr. Farrar Cobb y William Conant de Boston, llegaron y dijeron que les agradaría ver operar al Dr. Halsted al día siguiente, por lo que yo lo llamé por teléfono.

El preguntó que había en el programa. Yo le dije que había una tiroides muy grande.

“Está bien. La haré bajo anestesia local”.

El Dr. Halsted llegó e hizo la pregunta que yo esperaba:

“Cuántas cirugías de tiroides hemos tenido desde que el hospital abrió ?. Ha hecho Cushing alguna ?. Ha hecho usted alguna ?.

De hecho se habían realizado solamente siete en esos primeros diez años, de las cuales Cushing había hecho una y el Dr. Halsted seis.

El procedió luego a dar una charla interesante y concluyó remarcando que “era la tiroides más grande que había visto”.

El anestésico fue la solución de Schlinch, compuesta de cocaína y morfina. El Dr. Halsted inició la cirugía pero siempre con miedo a la cocaína. No usó demasiada solución y luego de algunos minutos la herida estaba llena de clamps y el paciente muy inquieto.

El Dr. Halsted me miró profundamente y dijo, “Mitchell tengo un horrible dolor de cabeza”.

Le dije a la enfermera que le diera una taza de café. El fue a la habitación contigua a tomarlo. Retiramos los clamps y el paciente se tranquilizó, él regresó, se cambió de guantes y empezó nuevamente. En pocos minutos ocurrió lo mismo y los músculos aún no habían sido seccionados.

El dijo, “Mi dolor de cabeza está peor. Yo me voy y descansaré mientras”.

Esto se repitió nuevamente y a la tercera vez el dijo, “Ahora usted siga con la cirugía. Adios”.

Bloodgood y Cushing se fueron también y mi primer asistente, Staige Daves, era un recién graduado. Nosotros terminamos la cirugía y yo expliqué a los asistentes que el Dr. Halsted sufría de esos dolores de cabeza.

Los visitantes se quedaron a la cena, y ya tarde, mientras nos encontrábamos en la mesa, llegó un mensajero con un paquete y una carta de el Dr. Halsted. “Querido Mitchell. Lamé por teléfono y me enteré que usted terminó la cirugía y que su paciente está muy bien. Algún día sabrá lo que significa tener un asistente en quien pueda confiar. Espero que disfrute de ésta botella de viejo Madeira”.

William S. Halsted.

RESUMEN

Los quistes de colédoco siguen siendo una patología importante pero poco frecuente.

Su presentación, diagnóstico y manejo quirúrgico ha sido muy estudiado en países orientales, especialmente en Japón.

Siendo la cirugía de vías biliares una de las más frecuentes que realiza el Cirujano General, es importante, tener un conocimiento detallado de ésta patología que nos permita un adecuado manejo de éstos pacientes.

La literatura demuestra que los quistes del colédoco se diagnostican principalmente en niños, pero con una frecuencia cada vez mayor se ven pacientes adultos con ésta patología, por lo que debemos estar atentos.

Describimos aquí un caso de quiste de colédoco que presentó una paciente en la tercera década de la vida y que fue manejada en su totalidad en el CMN Siglo XXI.

La paciente fue sometida a resección del quiste con reconstrucción de la vía biliar mediante una Hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

Presentó complicaciones postoperatorias derivadas de la cirugía, pero gracias al apoyo multidisciplinario que recibió la paciente se recuperó totalmente y fue egresada para realizar una vida normal.

Esto demuestra que nuestro Hospital y sobre todo su personal Médico-Quirúrgico está en condiciones de ofrecer un adecuado tratamiento para éstos pacientes.

Se realiza también una revisión de la literatura que comprende todos los aspectos de ésta patología.

AUTORES



DR. NIELS WACHER RODARTE

JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DE SERVICIO DE GASTROCIROUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. JAYIER NIÑO SOLIS

MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. IVAN MARCELO CUEVA GALÁRRAGA

MEDICO RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

INDICE

- RESUMEN	4
- AUTORES	6
- INDICE	7
- ANTECEDENTES	8
- DESCRIPCION DE LOS QUISTES DEL COLEDOCO	8
- CLASIFICACION DE LOS QUISTES DEL COLEDOCO	9
- CLASIFICACION DE KIMURA DE LAS ANORMALIDADES DE LA UNION PANCREATICO- BILIAR	10
- ETIOLOGIA DE LOS QUISTES DEL COLEDOCO	10
- DIAGNOSTICO	11
- FRECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS A QUISTES DEL COLEDOCO EN ADULTOS	12
- ENFERMEDADES HEPATOBILIARES ASOCIADAS A QUISTES DEL COLEDOCO EN ADULTOS	12
- ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE PARA DIAGNOSTICO DE QUISTES DE COLEDOCO	13
- CARCINOMA RELACIONADO CON LA PRESENCIA DE QUISTES DEL COLEDOCO	14
- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES DEL COLEDOCO	16
- CUIDADO POSTOPERATORIO	27
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
OBJETIVOS	29
MATERIALES, PACIENTES Y METODOS	29
- PRESENTACION DE UN CASO CLINICO	30
- BIBLIOGRAFIA	36

ANTECEDENTES

La cirugía de las vías biliares, es uno de los campos más fascinantes, dentro de la actividad diaria que desarrolla un cirujano.

Luego que Vater describe por primera vez un quiste de colédoco en 1723, múltiples reportes se han hecho sobre esta patología, sobre todo en Japón.

La literatura occidental aún se refiere a los quistes de colédoco como una entidad rara, pero no siendo infrecuente que los cirujanos en su trabajo diario, lo encuentren, se hace necesario un conocimiento amplio, para lograr los mejores resultados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico.

Douglas en 1852, reporta un caso de dilatación de colédoco, y piensa en su naturaleza congénita.

Alonso-Lej en 1859 reporta dos casos y revisa otros 94, proponiendo una clasificación.

Todani en 1977, propone otra clasificación para los quistes de colédoco y reporta 37 casos, incluyendo cáncer que se origina en los mismos. (1,2,3,4)

A) DESCRIPCIÓN DE LOS QUISTES DE COLEDOCO

Los quistes del colédoco son raros, con una incidencia de 1 en 1300 a 1 en 2 millones de pacientes.

La enfermedad es cuatro veces más común en mujeres que en hombres con

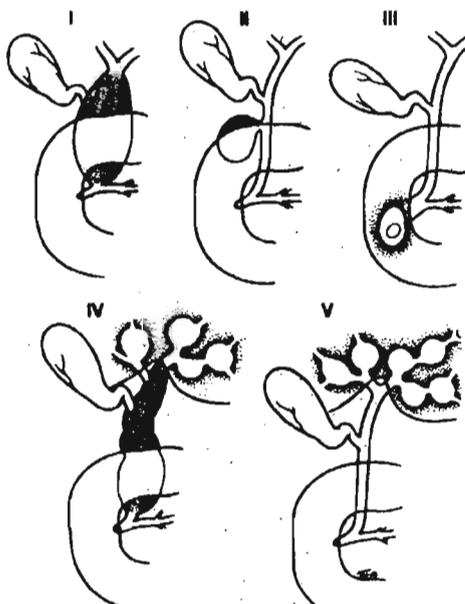
relación de 3:1 sobre todo en Japón.⁹

Puede ocurrir a cualquier edad, pero son más frecuentes en los niños, siendo la mitad de ellos menores de 10 años. En el hemisferio occidental el 85% de los casos son mujeres. En años recientes estos quistes han sido reportados en un número creciente en adultos. En series que reportan tanto pacientes pediátricos como adultos, 40 a 80% son menores de 12 años. (6,7,8,9)

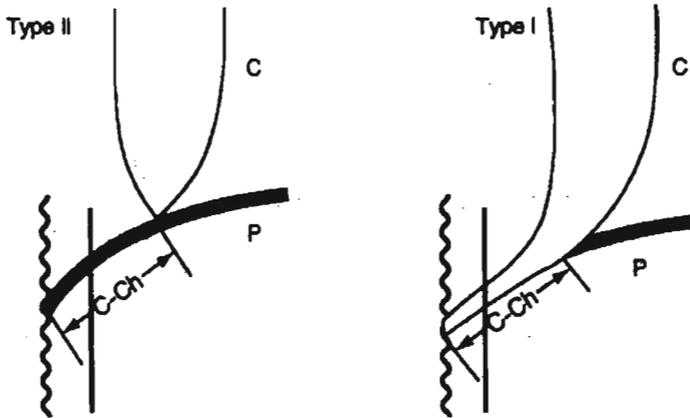
B) CLASIFICACION DE LOS QUISTES DE COLEDOCO

En 1959 Alonso-Lej introduce una clasificación, dividiendo a los quistes del colédoco en tres tipos (Anexo 1). Esta clasificación aun se usa con la suma de los tipos IV y V introducida por Todani en 1977. (3,4)

Tipo I: quiste solitario fusiforme extrahepático. Tipo II: divertículo supraduodenal extrahepático. Tipo III: colédococele infraduodenal. Tipo IV: quistes fusiformes intra y extrahepáticos. Tipo V: múltiples quistes intrahepáticos (Enfermedad de Caroli).



C) CLASIFICACION DE KIMURA DE LAS ANORMALIDADES DE LA UNION PANCREATOBILIAR. (8)



La tipo II: el colédoco entra en el conducto pancreático.

La tipo I: el conducto pancreático entra en el colédoco.

D) ETIOLOGIA DE LOS QUISTES DEL COLEDOCO

Como causa de los quistes de colédoco Babbit propone una relación anormal entre el colédoco y el conducto pancreático (9); Miyano y colaboradores así como Kimura y colaboradores reportan que todos los pacientes con quistes del colédoco, excepto aquellos con colédococele, tienen una unión coledocopancreática anormal. (10,11

Una unión pancreatobiliar anómala con el colédoco entrando en el conducto

de Wirsung muy proximal al ampulla de Vater, resulta en un inusualmente largo canal común. Esta aberración ha sido sugerida donde el reflujo pancreatobiliar antenatal condicionaría estasis y dilatación. (12,13).

Las enzimas digestivas causarían irritación, inflamación y digestión parcial de la pared del conducto biliar, dando como resultado un debilitamiento de la pared localizada con la subsecuente dilatación del área débil. Algunos autores creen que una variante extrema de este mecanismo podría explicar a la entidad llamada perforación idiopática del colédoco en el neonato.

E) DIAGNOSTICO

Los pacientes con quistes de colédoco presentan la siguiente triada:

- 1- Ictericia , casi siempre recurrente y algunas veces asociada a fiebre.
- 2- Dolor abdominal, generalmente tipo cólico y recurrente.
- 3- Masa palpable, en cuadrante superior derecho; puede ser palpable en forma intermitente. (5)

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS Y SIGNOS ASOCIADOS A QUISTES DE COLEDOCO EN ADULTOS. (14)

SÍNTOMAS Y SIGNOS	FRECUENCIA (%)
Dolor abdominal	96
Sensibilidad abdominal	59
Fiebre	41
Ictericia	34
Escalofrío	31
Pérdida de peso	21
Masa abdominal	14
Prurito	14
Hepatomegalia	14
Esplenomegalia	7
Hematemesis	7
Melena	3
Ascitis	3

ENFERMEDADES HEPATOBILIARES ASOCIADAS A QUISTES DE COLEDOCO EN ADULTOS. (14)

HALLAZGOS PATOLÓGICOS	No. PACIENTES
Litiasis quística	15
Pancreatitis	10
Colangiocarcinoma	7
Coledocolitiasis	6
Cirrosis biliar secundaria	4
Abscesos intrahepáticos	2
Hipertensión portal y varices esofágicas	2
Sarcoma conducto hepático	1

E) ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE PARA DIAGNOSTICO DE QUISTES DE COLEDOCO.

Aunque la evaluación por laboratorio puede demostrar una discreta elevación de las pruebas de funcionamiento hepático o en los valores de amilasa. Esos hallazgos no son específicos. El Ultrasonido, la Tomografía y la Colangiografía son todos afectivos en definir la dilatación biliar.

Un porcentaje alto de pacientes que son sometidos a colecistectomía, son diagnosticados como quistes de colédoco intraoperatoriamente, por lo que el ultrasonido podría infraestimar éste diagnóstico. El Ultrasonido puede o no detectar el problema debido a una mala técnica o a que no se sabe reconocer una patología poco usual. En pacientes mayores con síntomas inusuales relacionados al cuadrante superior derecho o pancreatitis, particularmente si la vesícula está ausente, la tomografía puede proporcionar información importante acerca de la extensión de la dilatación biliar. Aunque la Gammagrafía hepatobiliar ha sido usada para diagnosticar quistes de colédoco, no proporciona un detalle anatómico adecuado.

La Colangiografía es esencial para diferenciar el tipo de quiste y para planear la extensión de la resección quirúrgica. La CPRE ayuda a visualizar bien la unión biliopancreática, pero no define la extensión superior intrahepática del quiste, más si el quiste es redundante y secuestra grandes cantidades de material de contraste.

La Colangiografía percutánea preoperatoria es un método muy aceptado para realizar el estudio de estos quistes, su ventaja radica en que define bien la extensión proximal de la dilatación biliar y se puede usar esta información al planear la cirugía. (4).

F) CARCINOMA EN RELACION A LA PRESENCIA DE QUISTES DE COLEDOCO (15)

El carcinoma de el árbol biliar ha sido asociado con una variedad de condiciones que incluyen; colangitis esclerosante, fibrosis hepática congénita, atresia biliar, vesícula calcificada y colangitis crónica. Factores comunes a todas estas lesiones incluyen éxtasis biliar e infección en un periodo prolongado de tiempo. Factores implicados en la carcinogénesis de los quistes del colédoco incluyen inflamación crónica, estasis biliar con el posible desarrollo de carcinógenos y una disminución en la protección de la mucina secretada por la glándulas del conducto biliar.

Si el diagnóstico de quiste de colédoco se realiza en la primera década de la vida, se tiene un riesgo de 0.7% de desarrollar carcinoma. Se piensa que la cirugía temprana reduce la éxtasis biliar crónica disminuyendo el potencial maligno.

Los pacientes con quistes del colédoco en la segunda década de la vida tiene un riesgo de 6.8% de desarrollar carcinoma. Un adulto con quiste de colédoco, tiene un 14.3% de probabilidad para desarrollar carcinoma.

Colangiogramas preoperatorios podrían sugerir una anormalidad en la mucosa; además la evaluación citológica del aspirado biliar podría revelar células neoplásicas. Durante la cirugía el hígado deberá ser revizado ante la posibilidad de metastásis.

El número de pacientes en quienes se diagnostica carcinoma dentro de dos años posterior a una cirugía biliar, sugiere que la neoplasia o cambios premalignos no fueron apreciados en forma adecuada. (15)

Stain reporta una incidencia de 26% de neoplasia en adultos con quistes de colédoco.

G) TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES DE COLEDOCO

El tratamiento preferido para los tipos I, II y IV, es la resección de los quistes acompañado de una derivación bilioentérica tipo Hepáticoyeyunoanastomosis en “Y” de Roux.

Existe alguna diferencia en lo que tiene que ver con el manejo de los quistes tipo II. Algunos autores proponen la resección del quiste diverticular solamente y la reparación de la pared del conducto biliar. Ellos piensan que la morbilidad no es despreciable cuando se realiza una Hepáticoyeyunoanastomosis en “Y” de Roux, especialmente en niños, según ellos el desarrollo de una subsecuente dilatación de la vía biliar provoca una menor morbilidad.

Una vez en la cavidad abdominal y luego de identificar el quiste, se obtiene de

rutina una colangiografía transoperatoria a través de la vesícula biliar o de la pared del quiste, después de una descompresión parcial del mismo.

Una muestra de biliar es enviada para cultivo y medición de amilasa. La colangiografía provee de información anatómica adicional así como una confirmación radiológica de la anómala inserción alta del conducto pancreático dentro del colédoco y así ayudar a prevenir el daño del el conducto pancreático durante te la resección del quiste.

Una generosa incisión vertical en el quiste permite una descompresión y facilita la disección del quiste de cualquier adherencia inflamatoria bajo la arteria hepática o la vena porta.

En el evento de que la adherencias fueran muy importantes, es preferible dejar adherida la pared posterior del quiste y remover la capa más interna del quiste, dejando el resto adherido a la arteria hepática o vena porta. De preferencia es deseable remover todo el quiste, ya que al dejar una parte del él, podría favorecer la aparición de cáncer. La vesícula y el conducto cístico son removidos con el quiste. Aún cuando la vesícula se aprecia de características normales, debe ser extirpada debido a la alta incidencia de estasis y formación de cálculos.

La disección del quiste y su mucosa es continuada distalmente detrás del páncreas, hasta un punto donde exista un diámetro de 1 cm de diámetro.

Se debe de tener mucho cuidado en este punto para evitar lesionar el conducto

pancreático, que generalmente no se observa.

La capa distal mucosa del quiste puede ser simplemente ligada, o puede ser cerrada con puntos invertidos no reabsorbibles tipo Lembert o mediante una sutura en bolsa de tabaco.

El uso de suturas no absorbibles es mandatoria, debido a que pueden ser digeridas dentro de pocas horas debido al reflujo de enzimas pancreáticas. Es muy importante que el conducto hepático común sea seccionado sobre la porción dilatada y en un área donde la mucosa se aprecia de características normales. El cirujano debe resistir la tentación de dejar una pequeña porción del quiste, pensando que el tener una gran diámetro para la anastomosis es técnicamente adecuado.

Esta forma de pensamiento predispondrá a una estenosis de la anastomosis al intestino, la cual es una complicación a largo plazo de la cirugía.

La pequeña porción de mucosa, inflamada y destruida de ésta parte de la vía biliar, causara una cicatriz que invariablemente ocluirá la luz del conducto biliar. Es necesario que el conducto sea resecaado proximalmente al área inflamada y mal delgada.

Una alternativa atractiva diseñada para aumentar la luz anastomótica es la sección de el conducto hepático común a nivel de la carina. La luz de ésta manera queda espatulada en los dos conductos.

La mayoría de los autores construyen una Hepaticoyeyunoanastomosis en

“Y” de Roux, isoperistáltica y retrocólica. En niños el asa tiene una longitud de 15 a 20 cm y en adultos de 40 cm. El yeyuno se pasa a través de un defecto quirúrgico creado en el mesocolon transverso y los bordes del defecto mesentérico son suturados a la piel del intestino delgado a nivel de la entero-enteroanastomosis. El espacio detrás del segmento yeyunal proximal es cerrado suturando el peritoneo posterior, para disminuir el riesgo subsecuente de hernia o vólvulus. La anastomosis del el conducto biliar al segmento de el yeyuno es realizada en forma termino-terminal o termino-lateral, dependiendo del tamaño de los dos conductos. Posteriormente se cierra el extremo proximal del yeyuno. Es importante anclar el asa de Roux a los tejidos periductales con tres a cuatro suturas y así asegurar la posición y la configuración del asa. Una meticulosa anastomosis en una capa, mucosa-mucosa, se realiza con puntos simples.

Tres a cuatro puntos adicionales seromusculares son colocados para liberar un poco la tensión a nivel de la línea de sutura mucosa. La mayoría de los cirujanos utilizan para la anastomosis de mucosa suturas absorbibles y no absorbibles para los puntos seromusculares de fijación.

Algunos tratamientos alternativos son de interés histórico. De 1920 a 1930 el uso de una colecistogastrostomía o colecistoenterostomía, para proveer una descompresión al tracto biliar, no fueron útiles ya que los síntomas recurrían y requerían de más cirugía. Una anatomosis simple del quiste al duodeno fue

popular entre 1940 a 1950, pero fue abandonada debido a la alta incidencia de colangitis ascendente postoperatoria y subsecuente daño hepático. El simple drenaje en “Y” de Roux de el quiste, dejándolo en su lugar produce mejores resultados que derivarlo al duodeno, pero hasta un tercio de los pacientes desarrollan estenosis que requieren revisión quirúrgica. Además existe un riesgo significativo de desarrollar una neoplasia en el quiste que permanece en el mismo lugar, a lo largo del tiempo.

Otros procedimientos ha sido desarrollados para tratar de minimizar la posibilidad de reflujo de contenido intestinal dentro de la vía biliar .

Resultados satisfactorios a corto plazo han logrado mediante la interposición de un segmento aislado de intestino delgado entre el conducto hepático y el duodeno después de la sección del colédoco.

Otros cirujanos han creado una intususcepción permanente dentro del intestino delgado, para de ésta manejar minimizar el reflujo.

Los drenajes biliares directo dentro del duodeno pueden mejorar la fisiología pancreaticoduodenal, en lo referente a motilidad, digestión y absorción, esto conecta al árbol biliar dentro de un sitio, el duodeno, con una flora bacteriana reducida y coloca la anastomosis biliar en un sitio al que se puede acceder por maniobras endoscópicas a través del tracto gastrointestinal.

El seguimiento a largo plazo de las válvulas en procedimientos de intususcepción son usualmente efectivas en prevenir la regurgitación

retrograda gastrointestinal dentro del árbol biliar.

Para los quistes del tipo II, una resección simple de la zona pedunculada ha sido recomendada y los resultados a corto plazo han sido reportados. Si la teoría del canal común como etiología es aceptada, se esperaría que la simple resección del quiste sería seguida por una alta residiva. Por esta razón se recomienda la resección simple del quiste más drenaje en “Y” de Roux, como se hace para los de tipo I.

Para los quistes del tipo III o colédococele, los autores difieren en sus recomendaciones. Resultados satisfactorios a corto plazo han sido reportados en pacientes después de una simple esfinterotomía endoscópica o meatotomía, para incrementar el diámetro y mejorar la descompresión del quiste.

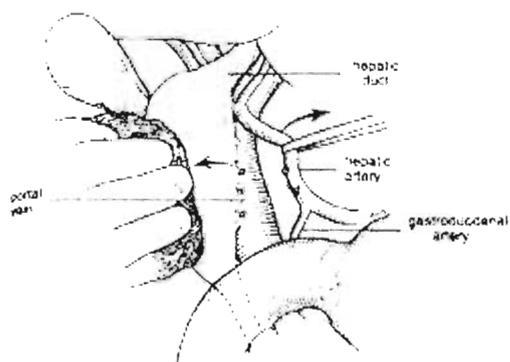
Debido a lo raro de los quistes III, a su cuestionable etiología y a una confusión con duplicaciones duodenales, si ésta forma de manejo se elige, se deberá seguir al paciente anualmente mediante ultrasonido. En el evento de la recurrencia del colédococele, una esfinteroplastia transduodenal se recomienda. El potencial maligno de los quistes tipo III, no ha sido bien documentado, pero continúa siendo un tema de interés. Para los tipos más complicados o en el caso de colangitis ascendente subsecuente, una hepaticoyeyunoanastomosis en “Y” de Roux es recomendada.

Los quistes de tipo IV (Enfermedad de Caroli), debido a su rareza han sido sujetos a insuficiente estudio.

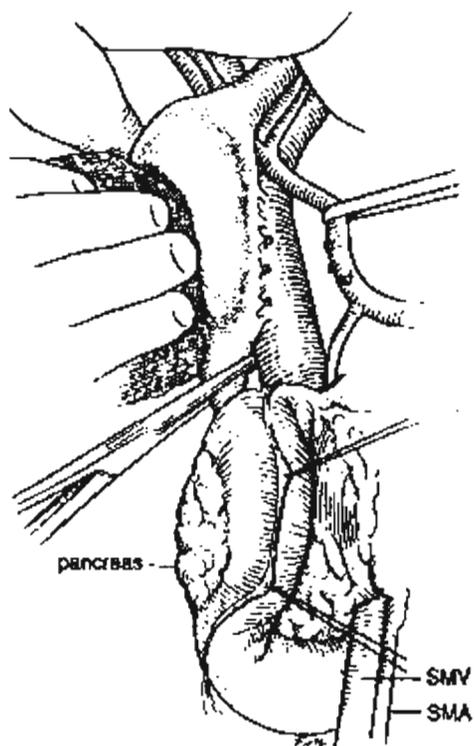
Se cree que es simplemente otra forma de quiste de colédoco y deberá ser tratada mediante hepaticoyeyunoanastomosis en "Y" de Roux, más la dilatación de cualquier estenosis arriba de la anastomosis

Los quistes de tipo V, pueden ser tipo I, II, IV, la única diferencia es que se localizan totalmente dentro del hígado. Debido a que es un tipo raro de quiste, la experiencia es escasa, pero igualmente se recomienda una hepaticoyeyunoanastomosis en "Y" de Roux.

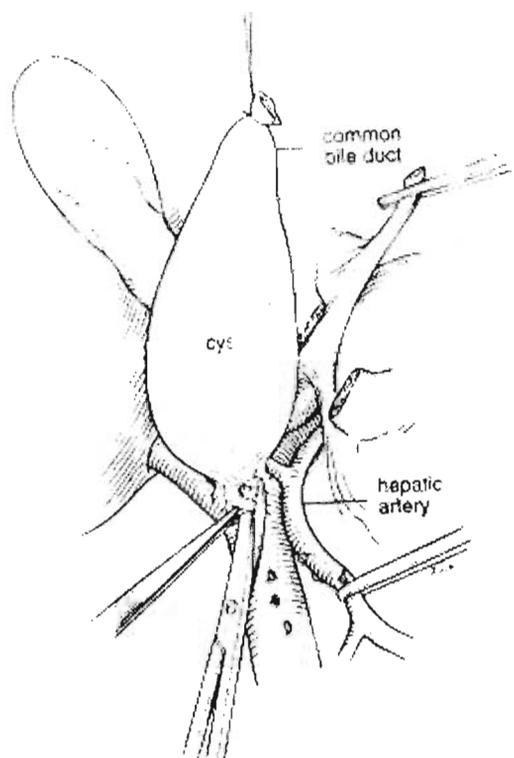
Sobre la base del conocimiento actual, un hepaticoyeyunoanastomosis en "Y" de Roux se acepta como tratamiento para cualquier quiste de colédoco intrahepático. Es importante que una muestra de bilis sea enviada para la medición de amilasa y si se reporta positiva, se recomienda un seguimiento basado en examen físico y ultrasonográfico cada año durante 10 años y posteriormente cada 5 años.



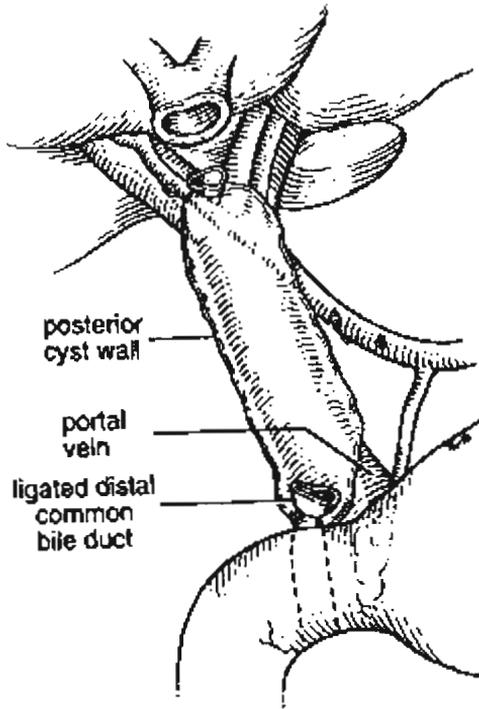
Diseción de la arteria hepática de la pared media de un quiste de colédoco Tipo I.



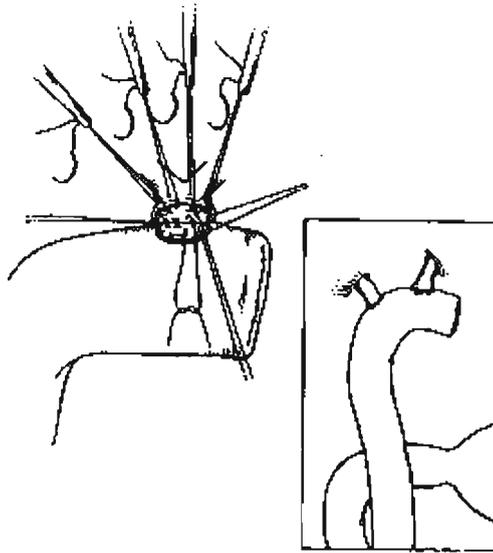
Transección distal del quiste en el sitio en el que el colédoco entra al páncreas.



Tracción cefálica del quiste del colédoco que permite identificar la vena porta y la disección del quiste de la pared anterior de la vena porta.



El quiste de colédoco ha sido resecado, dejando la pared posterior del quiste pegado a la vena porta.



Hepaticoduodenostomy en Y de Roux a nivel de la carina y en forma individual con cada conducto hepático.

H) CUIDADO POSTOPERATORIO

La descompresión postoperatoria gastrointerinal es esencial, hasta que la peristalsis se haga presente. En adultos una sonda nasogástrica habitualmente es suficiente. Se deberá tener cuidado si el paciente tiene várices esofágicas. El uso de antibióticos en forma profiláctica, seguido de el uso de antibióticos de amplio espectro durante un mes postoperatoriamente es importante, para disminuir la incidencia de infección del tracto biliar. Se prefiere el uso de trimetoprim/sulfametoxazol. Un grado leve de cirrosis se encuentra en algunos pacientes de mayor edad, pero habitualmente no es progresiva una vez que se logra el drenaje de la vía biliar.

La necesidad de seguimiento a largo plazo es importante debido a la posibilidad de estenosis a nivel de la anastomosis bilioentérica, que se relaciona con la técnica quirúrgica.

Esta complicación puede ser virtualmente eliminada usando una técnica de hepaticoplastía, con una gran luz anastomótica de 10 a 30 mm de diámetro a nivel de la hepaticoyeyunoanostomosis en "Y" de Roux.

En una serie de seguimiento a largo plazo de 28 pacientes que habían sido sometidos a resección de quistes más hepaticoyeyunoanostomosis en "Y" de Roux, Chijiwa encontró 3 pacientes, 3, 5 y 12 años después de seguimiento, quienes desarrollaron cálculos intrahepáticos. En los 3 pacientes la bilis estaba infectada. Un paciente desarrollo colangitis 5 años después de la cirugía. Los

síntomas claramente mejoraban en respuesta a los antibióticos, ninguno de los pacientes presentaba estenosis de la anastomosis.

El seguimiento a largo plazo es de particular importancia, si el paciente tiene colédoco intacto junto con el potencial de reflujo pancreático, lo cual podría condicionar una recurrencia de los quistes de colédoco. Para esos pacientes la recomendación generalizada es examinar el hígado y los conducto biliares ultrasonográficamente por lo menos cada 5 años . (5, 16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS QUISTES DE COLEDOCO, COMO DIAGNOSTICARLOS Y COMO TRATARLOS?

OBJETIVOS

DESCRIBIR UN CASO MANEJADO EN EL CMN SIGLO XXI Y
REVIZAR LA LITERATURA RELACIONADA CON ESTA ENTIDAD.

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

DISEÑO

Revisión de un caso.

UNIVERSO DE TRABAJO

Paciente atendido en el CMN Siglo XXI.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

HISTORIA CLINICA.

Paciente RRT. Femenino de 22 años de edad, que cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

AHF: Sin datos de importancia.

APP: Niega alergias, cirugías, transfusiones.

Tabaquismo negado. Alcoholismo ocasional.

AGO: Menarca:15 años. Telarca:15 años. Pubarca:15 años. G:0 P:0 FUM:14-ix-99

Ritmo:60x90x4. Dismenorrea. Nubil. Tomó 2 ciclos de tabletas anticonceptivas por irregularidades menstruales.

APNP: Dieta adecuada en cantidad, deficiente en calidad.

Inmunizaciones completas.

PA: Refiere un cuadro clínico que inicia en Enero de 1999, caracterizado por dolor abdominal localizado en cuadrante superior derecho, así como en epigastrio, de tipo cólico, irradiado hacia el dorso. El ejercicio inicialmente desencadenaba el dolor, pero posteriormente era constante.

Concomitantemente náuseas, vómito de contenido gastrobiliar, que no modificaba las características del dolor.

Pérdida de aproximadamente 1 Kg de peso desde esa fecha.

Niega fiebre, escalofrío, acolia, coluria o ictericia.

En el mes de Mayo de 1999, debido a la persistencia y exacerbación de su cuadro es valorada por facultativo en Acapulco, diagnosticándosele mediante USG abdominal un quiste de colédoco, motivo por el cual es enviada a CMN, SIGLO XXI, para manejo de especialidad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente en buenas condiciones generales, afebril, consciente, activa, colaboradora, levemente quejumbrosa.

Cabeza y cuello: Normales.

Tórax: Normal.

Corazón y pulmones: Normales.

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho.

Peristalsis normal. No datos de irritación peritoneal.

Genital: Normal.

Extremidades: Normales.

LABORATORIO

1-X-99	4-X-9	6-X-9	10-X-99	12-X-99	14X99	18-X-99
Gl:143	140	211	256		113	
Urea:27			28			
Creat:1,0	0,8	0,2	0,9		0,4	
BT:0,72	6,02					1,3
BD:0,25	4,39					0,6
BF:0,47	1,63					0,7
TGO:16	213					65
TGP:23	118					41
Alb:						2,5
PT:						6,8
FA:						475
DHL:						199
Amil:757	102					116
Lipasa:1380	210					454
Cl:105	105				19,5	107
Na:138,3	132				44,5	136
K:4,38	3,2				3,5	3,8
Leucos:12,	13,6	12,5	10,8	15,5	6600	11,0
Hb:14,3	15,9	12,1	11,4	11,9	12,4	11,9
Hto:42,5	45,6	34,9	31,9	34,1	36,7	34,9
TP:14,/12	24,2/13	13,5/13		15/13,5		
TPT:29,6/0	37,6/33,8	36/33	36/30	31/32		
Plaqt:191	122	32	51	107	129	392

GABINETE

CPRE 1-X-99.

Reporta quiste de colédoco.

USG: No contamos con reporte.

EVOLUCION

La paciente luego de la realización de la CPRE desarrolla un dolor intenso abdominal, epigástrico y en hipocondrio derecho. Fue necesaria la colocación de SNG.

La medición de lipasa fue de 1380 y la de amilasa de 757, lo cual no era compatible con pancreatitis aguda, por lo que se catalogó como una hiperamilasemia post CPRE. Se decide el manejo con Cefuroxima 500mg IV c/8h.

Para el día 4-X-99 la amilasa era de 102 y la lipasa de 210.

Las bilirrubinas se elevaron a 6,02 a expensas de la directa con 4,39.

Leucocitos de 13600,

Prolongación de los tiempos de coagulación: TP:24,3/13 TPT:37,6/33,8.

Trombocitopenia de 122000. Se inicia manejo con plasma fresco congelado y vitamina K IM.

El día 6-X-99 es sometida a resección de quiste de colédoco más

colecistectomía con una Hepáticoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

Se reportan los siguientes hallazgos operatorios: Quiste de colédoco tipo I, que medía aproximadamente 10x12 cm. La porción superior estenótica en su unión con el hepático común. A la apertura del hepático común se obtiene material biliar francamente purulento.

No existió lesión vascular. Sangrado aproximado de 3500 ml. Por SNG se aprecia durante la cirugía salida de material hemático fresco.

La paciente pasó a recuperación y posteriormente a UCE, en vista de que la paciente ameritaba vigilancia estricta, dado el tipo de cirugía, la pérdida hemática y el volumen aportado trasoperatoriamente.

Permanece en UCE 72 horas, tiempo en el que se estabiliza su condición abdominal, es decir, no existían datos de irritación peritoneal, ni de sangrado de tubo digestivo alto.

Los gastos por los drenajes eran serohemáticos y se apreciaba ya peristalsis. Clínica y radiológicamente se hace evidente un daño pulmonar agudo, catalogado como SIRPA, debido al trauma quirúrgico, motivo por el cual es trasladada a UCI, para su manejo.

Para el día 10-X-99 la paciente permanecía gastrointestinalmente sin alteraciones. No fiebre.

Aún bajo sedación y con apoyo mecánico ventilatorio: PC de 20. FiO₂:50%.

PEEP:12 relación I:E 1:2 IK:196.

Por el método de Fick un patrón hiperdinámico/séptico compensado: GC:5,7

IC:3,5

Qs/Qt:17,8 RVS:884 Da-Vo2:3,64 %EO2:214.

El día 14-X-99 es egresada de UCI, en buenas condiciones generales.

Pulmonarmente sin compromiso y con apoyo de NPT.

Permanece en piso hasta el día 20-X-99, durante ese tiempo fue posible el retiro de NPT y el inicio de alimentación por vía oral, con total aceptación de la dieta.

La herida quirúrgica presentó datos de infección, por lo que se requirió de curaciones.

Fue dada de alta en buenas condiciones generales, para su posterior control en la consulta externa de Gastrocirugía

En consulta externa la paciente refería muy buena tolerancia a la dieta que habitualmente consumía antes de la cirugía.

No presentó grandes molestias en su vida diaria.

El resultado de Patología no demostró ningún dato que sugiriera malignidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Vater A. Dissertation in auguralis medica, poes diss. qua Scirris visceru disser, c.s ezlerus. Vol. 70. Edinburgh: University Library, 1723;19.
2. Douglas AH. Case of dilatation of common bile duct. *Monthly J Med Sci (London)* 1852;14:97.
3. Alonzo-Lej F, Rever WB Jr, Pessagno DJ: Congenital choledochal cyst with a report of 2, and an analysis of 94 cases. *Surg Gynecol Obstet Internat Abst Surg* 1959;108:1-30.
4. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst. Analysis of 1,433 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980;140:653-657.
5. Nyhus L, Baker R, Fisher J. *Mastery of Surgery*: 3d. Ed. Little, Braown, 1997.
6. Lenriot JP, et al. Bile Duct Cysts in Adults. A Multi-institutional Retrospective Study. *Ann Surg* 1995;2:159-166.
7. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al. Congenital bile duct cysts: classification , operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cysts. *Am J Surg* 1977;134:263-269.
8. Kimura K, Ohto M, Ono T, et al: Congenital cystic dilatation of the common bile duct: Relationship to anomalous pancreatobiliary ductal union. *Am J Roentgenol* 1977;128;571-577.
9. Babbitt DP. Congenital choledochal cyst: new etiological concept based on anomalous relationship of the common bile duct and pancreatic bulb. *Ann Radiol* 1969;12:231-240.
10. Miyano T, Suruga K, Suda K. Abnormal choledocho-pancreatico ductal junction related to the etiology of infantile obstructive jaundice disease. *J pediater Surg* 1979;1:16-26.

11. Kimura K, Ohto M, Saisho H, et al. Association of galblader carcinoma and anomalous pancreatobiliary ductal union. *Gastroenterology* 1985;89:1258-1265.
12. Todani T, Watanabe Y, Fujii T, Uemura S. Anomalous arrangement of the pancreatobiliary ductal system in patients with a choledochal cyst. *Am J Surg* 1984;147:672-676.
13. Ono J, Sakoda K, Akita K: Surgical aspects of cystic dilatation of the bile duct: an anomalous junction of pancreatobiliary junction. *Ann Surg* 1982;195:203-208.
14. Nagorney DM, McIlrath DC, Adson MA: Choledochal cyst in adults: Clinical management. *Surgery* 1984;96:656-662.
15. Voyles CR, Smadja C, Shands WC, et al. Carcinoma in choledochal Cysts. Age-Related Incidence. *Arch Surg* 1983;118:986-988.
16. Cosentino CM, Luck SR, Roffensperger JG, Reynolds M. Choledochal duct cyst: Resection with physiologic reconstruction. *Surgery* 1992;112:740-748.