

11209

2 ej. 29  
Distrito Federal, México, D.F.  
1977

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

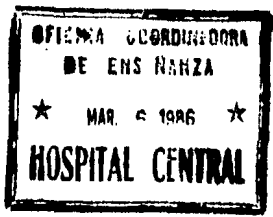
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION CLINICA.

PRESENTADO POR:

DRA. MARIA ADELA GUADALUPE GARCES MARTINEZ

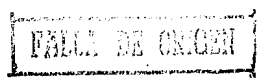
PROFESOR ENCARGADO DEL CURSO:

DR. OSCAR DIAZ GIMENEZ.



HOSPITAL CENTRAL NORTE DE CONCENTRACION NACIONAL.

PETROLEOS MEXICANOS





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.

**INDICE:**

**INTRODUCCION**

**MATERIAL Y METODOS**

**RESULTADOS**

**DISCUSION**

**CONCLUSIONES**

**BIBLIOGRAFIA**

## INTRODUCCION:

La dilatación quística de las vías biliares constituye un problema poco común, pero sin embargo puede ser encontrado por cualquier cirujano que opere esta región. Aproximadamente la mayor parte de los casos se presenta en menores de 10 años, por lo que en alguna ocasión llegó a pensarse que esta entidad era exclusiva de la edad pediátrica, lo que actualmente se duda.

La cirugía de las vías biliares ha sido durante mucho tiempo considerada como cirugía difícil por las múltiples anomalías que se encuentran. La primera resección de la vesícula biliar se describe en el año de 1883, y la primera disección de quiste de colédoco la realiza Mc. Whorter, realizando una hepático duodeno anastomosis. Posteriormente esta misma resección la lleva a cabo el grupo del Dr. Alonso-Lej, con buenos resultados igualmente. (7, 21, 23)

En este estudio se reporta el tratamiento quirúrgico actual de esta entidad, así como los casos presentados en nuestro hospital (HCCN PEMEX).

## MATERIAL Y CASOS CLINICOS:

Se estudiaron un total de tres pacientes, de 11, 16 y 20 años respectivamente, a continuación se presentaran los casos clínicos:

CASO No. 1

NOMBRE: MTRF

FICHA: 60807-14

EDAD: 11 años

SEXO: Femenino

ANTECEDENTES: Neumonía a la edad de 2 años, parotiditis a los 5 años, varicela a los 6 años, alérgica a la penicilina. En septiembre de 83- contacto con un familiar con hepatitis.

PADECIMIENTO: Cuadro diarréico manejado por 15 días con tratamiento antimibiano, posteriormente se agrega al cuadro, ictericia, acolia-curia con remisiones y exacerbaciones. Se manejó como una hepatitis- e incluso se le dió tratamiento con esteroides por 15 días. Presentó- pérdida de peso de 7Kg. A la exploración física se encontró hepatomega- lia así como masa palpable en hipocondrio derecho de aproximadamente- 10 x 7 cms, de bordes delimitados y lisa. En estudios realizados se demostró por medio de SEGD compresión extrínseca de la segunda porción- del duodeno y por USG se encontró dilatación quística del colédoco a descartar hidrocolecisto. A la paciente se le sometió a un acto quirúrgico encontrando un quiste de colédoco tipo I, realizándose una hepaticoyunostomía en Y de Roux. La evolución de la paciente fue hacia la mejoría, con disminución de la ictericia (control preoperato- rio BD 23, BI 11.2, PT 6.3, TGO 147, TGP 103, y el control postopera- torio BD 7.6, BI 3 TGO 69, TGP 49). Se revisó a la paciente como exter- na un año posterior a su cirugía encontrando una remisión completa

de la sintomatología, así como de la ictericia. La estancia intrahospitalaria fue de 20 días. El reporte de la biopsia tomada consistió en cirrosis hepática micro y macronodular. Los hallazgos quirúrgicos consistieron en hígado aumentado de volúmen, color verdoso, con toma de biopsia. Vesícula biliar dilatada, quiste de colédoco de aproximadamente de 12 cms.

CASO No. 2

NOMBRE: RDLS

EDAD: 16 años

FICHA: 59965-12

SEXO: Femenino

ANTECEDENTES: Cuatro meses antes de su ingreso presentó un cuadro de ictericia, el cual remite espontáneamente y se relaciona este con hemotransfusión realizada anteriormente. Un mes antes de su ingreso, la paciente reinicia la ictericia, acompañada de dolor en epigastrio, así como masa palpable en hipocondrio derecho. Se realizaron PFH con reporte de BD 17.4, BI 6.8, TCO 98, TGP 78. La USG con hallazgos de quiste de colédoco a nivel de hilio hepático, abarcando conductos extrahepáticos. A la paciente se le operó realizándole un resección del quiste, con una anastomosis en Y de Roux hepaticoyeyunal, con toma de biopsia hepática.

En el postoperatorio las cifras de bilirrubinas bajaron a cifras normales en un lapso de una semana. El reporte un año posterior a la cirugía fue con BI de 0.2 y BD 0.3, con transaminasas normales. La estancia intrahospitalaria consistió en 15 días. El reporte de patología consistió en quiste de colédoco, cirrosis micro y macronodular. Las dimensio-

nes del quiste fueron de 20 x 15, sin litos en el interior del quiste.

CASO No. 3

NOMBRE: FGR

EDAD: 20 años

FICHA: No derechohabiente

SEXO: Femenino

ANTECEDENTES: Cinco meses antes de su ingreso presenta cuadros de dolor abdominal abdominal, acompañados de cuadros de ictericia, los cuales cedían espontáneamente, para volverse a presentar. A la exploración física se encontró en abdomen una masa palpable en hipocondrio derecho, así como ictericia. Se realizaron PFI encontrando BD 15, BI 10.4, TGO de 146 y TGP de 102. En la USG realizada; quiste de colédoco, sin encontrar litos en su interior. Se realizó manejo quirúrgico con resección del quiste, así como anastomosis en Y de Roux con hepaticoyunostomía y biopsia hepática. La evolución de la paciente fue satisfactoria, con disminución de las cifras de bilirrubinas a valores normales. A dos años de la cirugía la paciente se encuentra asintomática, y con pruebas de funcionamiento hepático normales.

## COMENTARIO:

En un lapso de 10 años estudiados (1975 a 1985), se presentaron un total de tres casos de quiste de colédoco. Todos ellos se presentaron en mujeres, lo que rectifica y está de acuerdo con las estadísticas. (5, 10, 14, 18, 24) Entre la sintomatología que predominó fue el dolor abdominal, ictericia y masa palpable en hipocondrio derecho. Dos de los pacientes la ictericia se presentó con cuadros de remisión y exacerbación, e incluso uno de ellos se manejó con esteroides por considerarse una hepatitis crónica activa. A todos los pacientes se les realizaron pruebas de funcionamiento hepático, las cua-les únicamente mostraron un patrón obstructivo, en otras la elevación de las transaminasas encubrió el cuadro.

Se realizaron también estudios de gabinete como lo fue-ron: SEGD donde únicamente se demostró compresión extrínseca de la segunda porción del duodeno. En todos los casos se realizó USG con reporte de quiste de colédoco en las tres pacientes estudiadas.

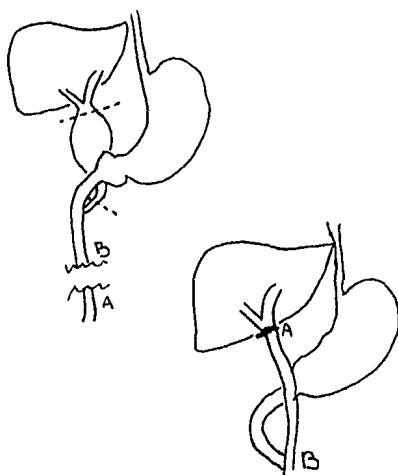
A todos las pacientes se les efectuó una laparotomía con resección del quiste de acuerdo al siguiente procedimiento: Inc-isión ampliada de Kocher, disección por planos acostumbrados, identifica-ción del quiste, liberación de las adherencias cuando estas se encon-traban presentes, resección del quiste hasta llegar a tejido sano, tanto distal como proximal, identificación de conductos biliares. Cie-rrre del conducto biliar distalmente. Posteriormente se sube una asa de delgado (yeyuno, con anastomosis en Y de Roux) se realizó la anas-tomosis de manera acostumbrada. A ninguna de las pacientes se les colo-



sondas.

La evolución postoperatoria de los pacientes fue satisfactoria con un promedio de estancia intrahospitalaria de 15 a 20 días. En todos los operados hubo remisión de la sintomatología, realizándose pruebas de funcionamiento hepático con reportes normales. Es también importante mencionar que a todos los pacientes se les realizó toma de biopsia hepática, y en todos ellos el reporte fue de cirrosis micro y macronodular.

El seguimiento de los casos varió de 1 a 2 años en promedio, encontrando a todos los pacientes asintomáticos. Las anastomosis realizadas sin complicaciones, con buen funcionamiento derivativo. En ninguno de los pacientes hubo complicaciones quirúrgicas, tanto en el transoperatorio, postoperatorio temprano y tardío.



## DISCUSION:

Existen en nuestro país pocos casos reportados de dilatación de las vías biliares, encontrando casos que varían en número de 7 a 34 casos, siendo este último reportado por el Hospital de la Nutrición. La mayor frecuencia de estos casos la encontramos en países orientales, principalmente en Japón, en donde se reportan 1433 en un lapso de 13 años. En este estudio las edades fluctuaron como sigue: 568 en la primera década de la vida, 177 en la segunda década de la vida, 172 en la tercera década de la vida, 4 en la cuarta, 41 en la quinta década. Se estableció predominancia en el sexo femenino en relación de 3 : 1 . En todos los casos realizó reconstrucción de las vías biliares con una hepaticoyunostomía en Y de Roux, considerando este procedimiento como el mejor. (1, 3, 5, 10, 18)

Consideramos que aún después de revisar la bibliografía acerca del tema que nos ocupa, en relación a la etiología de este padecimiento no existe un acuerdo general. Hay varias teorías, entre las cuales se menciona la hipoplasia del colédoco, así como la estenosis del mismo. Otras se relacionan a falla en la recanalización del colédoco después de pasar por una fase sólida. Finalmente una en relación al reflujo pancreático, referida por Babbit. (Fig 2) Se refiere a una irritación del jugo pancreático hacia el colédoco y esto es lo que forma la alteración de las paredes con la consiguiente formación del quiste. Esto se podría confirmar con el estudio del líquido del quiste en donde se encuentran altos niveles de amilasa. (2, 9, 10, 17, 18, 19, 20, 24, 25).

Existen varias definiciones para esta entidad, pero

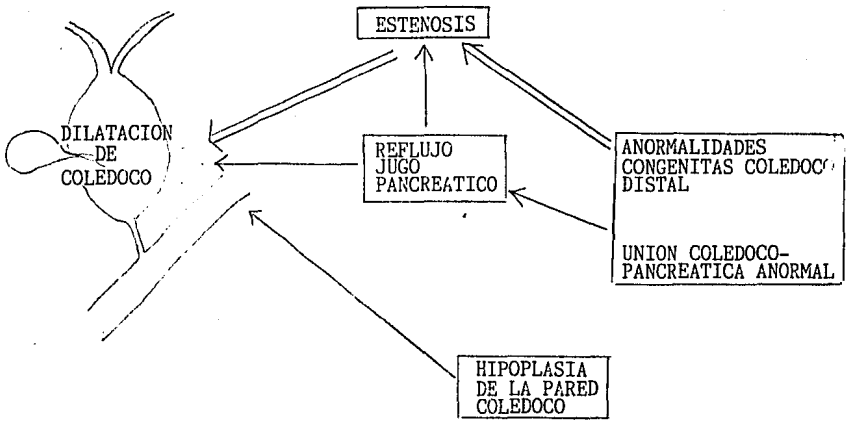
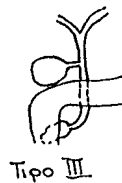
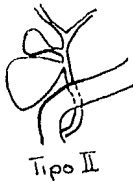


figura No 2  
 ETIOLOGIA DEL QUISTE DE COLEDOCO, tomado de J. Pediatr Surg 16 (2) 1981  
 146-151.

la más correcta es la referente a que es una dilatación quística de las vías biliares extrahepáticas (colédoco), o bien una formación aneurismática, que bien puede ser sacular o piriforme, única o múltiple que generalmente abarca vesícula y colédoco. Dentro de la clasificación encontramos varias, pero para nosotros una de las más completas es la del Dr. Powell, en donde se clasifica esta patología en cuatro tipos: No I.- Dilatación fusiforme o sacular, generalmente se encuentra en las vías extrahepáticas, presentándose en un 90%. No. II.- En forma diverticular, en conducto biliar común, de nacimiento lateral, presentándose en un 77%. No III.- Es una dilatación de la porción terminal



del conducto biliar común, se encuentra por lo general dentro del duodeno y recibe ambos conductos, se define también como coledococèle, se presenta muy raramente (2.0%). No. IV.- A este se le denomina por algunos autores como enfermedad de Caroli. Su localización es tanto intrahepática como extrahepática, su incidencia es de 18.9%. Dentro de la clasificación histológica los tipos I, II y IV tienen una pared de colágeno, de grosor variable, con escaso tejido de tipo muscular liso y esta se encuentra únicamente a manera de parches y en algunas ocasiones se encuentra ausente. El tipo III en algunas ocasiones se confunde mucho con la mucosa duodenal, pero cuando se le encuentra esta semeja

aún más la histología de los conductos biliares. (1, 8, 9, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25).

Como se mencionó anteriormente, el quiste de colédoco es una dilatación aneurismática de las vías biliares, y como tal da ciertas manifestaciones clínicas, que podrían clasificarse como característica de la entidad como lo son; dolor abdominal, ictericia, masa abdominal palpable, pérdida de peso, prurito, hepatomegalia, fatiga-dolor muscular y pérdida de peso, siendo la más importante de las manifestaciones las tres primeras. Estos datos en reportes de la literatura se reporta una incidencia de 87%. En la serie de nuestros pacientes encontramos que el 100% de ellos presentaron la triada característica de dolor abdominal, ictericia y masa palpable en hipocondrio derecho. (5, 12, 18, 24, 25)

El diagnóstico de esta patología en las distintas series publicadas se reporta en un 13 a un 47%. Para poder llegar a un diagnóstico adecuado se requiere un buen interrogatorio, con una buena exploración física, así como la ayuda de estudios tanto de laboratorio como de gabinete. En los datos de laboratorio, por medio de funcionamiento hepático únicamente encontramos que nos indican de una ictericia obstructiva, en ocasiones elevación de las transaminasas. Este dato en nuestros pacientes lo encontramos también en un 100%. Contamos además con diversos estudios de gabinete entre los cuales se encuentra SEG-D en el cual se demuestra una alteración morfológica del duodeno y que no es muy específica, realizándose este estudio únicamente en el caso No. 1. La colangiografía y la colecistografía tienen un índice de certeza

za en diversos estudios de 87%, con algunas falsas positivas o falsas-negativas. La USG de hígado y de vías biliares es por hoy una de las pruebas radiológicas más precisas, con un índice de certeza de 95% y además es una de las pruebas más utilizadas. En nuestros pacientes se realizó este último estudio, ya que es más específico y con reporte en todos los estudios de quiste de colédoco. Por último existe un método aún más específico que es la colangiografía retrograda transduodenoscópica, con un índice de certeza que van desde 95 a un 99% (9, 5, 3-24, 25).

Para el tratamiento del quiste de colédoco se han empleado muchos manejos, pero el más definitivo de todos ellos es el quirúrgico, actualmente siendo esto una indicación absoluta. La cirugía de las vías biliares ha tenido durante los últimos años (50) pocos cambios en relación a los manejos de 1880. Los primeros en realizar la resección del quiste de colédoco con anastomosis a yeyuno fueron Mc Werther y el grupo del Dr. Alonso-Lej. (22, 23)

Actualmente el mayor número de cirugías realizadas se reportan por el Dr. Yagamuchi, (5) con una casuística de 1433 pacientes a 17 de ellos se les realizó drenaje externos, dos de los cuales murieron y a 689 se les realizó un drenaje interno, falleciendo 58 de ellos a 316 se les realizó resección del quiste, 20 de ellos fallecieron. Se realizaron a 401 pacientes los siguientes procedimientos quirúrgicos, coledoco-cistoduodeno anastomosis como único procedimiento, y combinada con colecistectomía en 17 pacientes, a 16 gastrostomía para mejor manejo de sondas. En el grupo de pacientes en los cuales se realizó excisión

del quiste, a 256 se les realizó hepatico yeyunostomía en Y de Roux a 29 Hepaticoduodenostomía y a otros se les realizó ya sea hepaticocolédocostomía y cistoyeyunostomía. Como resultado se encontró una menor tasa de morbi-mortalidad la constituía la resección del quiste con anastomosis en Y de Roux hepaticoyeyunostomía. (5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25)

El tratamiento quirúrgico debe ser definitivo debido a que las complicaciones del quiste aumentan. Entre estas la más frecuente de ellas la constituye la coledocolitiasis por estancamiento de los pigmentos biliares, e inclusive se puede llegar a la pancreatolitiasis. La segunda complicación es la malignización del tejido, hecho este reportado en diversas revisiones. (11) El tejido del quiste tiene un potencial muy elevado de malignización, ya sea a nivel de vesícula, colédoco, duodeno y pancreas, estas entidades se reportan en pacientes a partir de los 15 años. La ruptura del quiste, es otra complicación debido al aumento de la presión del líquido del quiste, formando por lo consiguiente un biliperitoneo. Hay reportes en los cuales se menciona 5 litros de bilis como el contenido del quiste. Otra alteración que podemos encontrar a causa del quiste es la colangitis ascendente. (4, 11, 18, 24, 25)

Definitivamente por lo anterior expuesto se apoya aún más el tratamiento quirúrgico. En uno de sus inicios las complicaciones postquirúrgicas eran del 30%, actualmente se encuentran en menos del 7%. Entre ellas se encuentra la estenosis de la anastomosis con cuadros subsecuentes de colangitis, dehiscencia de la anastomosis. (6, 5, 8,

24)

En algunas series reportadas, estas complicaciones se mencionan en un 60%. Estas se pueden evitar así como prevenirlas realizando una buena técnica quirúrgica, manteniendo una buena boca anatómica. (6) Algunos autores han usado en sus cirugías sondas para la anastomosis. Cabe mencionar que en nuestros pacientes no se usó sondas, y en nuestros controles a 1 y 2 años no hay datos ni de estenosis y con mejoría notable de la sintomatología preoperatoria, contando con pruebas de funcionamiento hepático normales. La técnica más recomendada es un drenaje interno con una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, sin la utilización de sondas.



## CONCLUSIONES:

- 1.- En pacientes jóvenes y niños, con triada sintomatológica: Masa abdominal, palpable en hipocondrio derecho, así como ictericia y dolor abdominal, debe tenerse en cuenta el diagnóstico de Quiste de colédoco. Siendo esto importante para así impedi el daño a la glándula hepática, haciendolo irreversible.
- 2.- Mejor método de gabinete para su estudio es la USG, y aún con mayor índice de certeza se encuentra la colangiografía transduodenoscópica.
- 3.- La indicación quirúrgica es ABSOLUTA, con resección completa del quiste, para así evitar complicaciones y malignización del tejido.
- 4.- La técnica quirúrgica más recomendada es: La anastomosis en Y de Roux, con hepatico-yeyuno-anastomosis, sin la necesidad de colocación de sondas.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Todani, Watanabe, Fujii, Toki; CONGENITAL CHOLEDOCHAL CYST WITH INTRAHEPATIC INVOLVEMNT. Arch Surg, Vol 119, Sep 84; 1038-1043.
- 1.- Kato, Hebiguchi, Matsuda, Yoshino. ACTION OF PANCREATIC JUICE ON-BILE DUCT: PATHOGENESIS OF CONGENITAL CHOLEDOCHAL CYST. J. Pediatr.-Surg. 16 (2), Apr 81, 146-151.
- 3.- Yagamuchi, Sakurai, Takuchi, Awazu. OBSERVATION OF CYSTIC DILATATION OF COMMON BILE DUCT BY USING USG. J. Pediatr. Surg. 15 (2), Apr 80, 207-210.
- 4.- Todani, Tabuchi, Watanabe, Kobayashi. CARCINOMA ARISING IN THE WALL OF CONGENITAL BILE DUCT. Cancer 44(3), Sep 79, 1134-1141.
- 5.- Yagamuchi. CONGENITAL CHOLECOCHAL CYST. Am. Jour. Surg. 140, Nov. 80, 653-657.
- 6.- Mc. Clelland, CONTROVERSY ABOUT SURGICAL TREATMENT OF CHOLEDOCHAL-CYST, Gastroenterology, 74 (6), 1336-1337.
- 7.- Lilly John R., THE SURGICAL TREATMENT OF CHOLEDOCHAL CYST, Surg. Gyn. Obs., 149, July 79, 36-42.
- 8.- Filler, Stringel. TREATMENT OF CHOLEDOCHAL CYST BY EXCISION. J. Pediatr. Surg., 15 (4), Aug., 80, 437-442.
- 9.- Lilly John. SURGERY OF COEXISTING BILIARY MALFORMATIONS IN CHOLEDOCHAL CYST. J. Pediatr. Surg., 14 (6) Dec 79, 643-647.
- 10.-Kimura, Tsugawa, Ogawa, Matsumoto, Yamamoto. CHOLEDOCHAL CYST. Arch Surg 113, Feb 78, 159-163.
- 11.-Kagawa, Kashihara, Kuramoto, Maetani. CASE REPORT: CARCINOMA ARISING IN CONGENITALLY DILATED BILIARY TRACT. REPORT OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE. Gastroenterology, 74 (6), 1286-1294.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 12.- Powell, Sawyers, Reynolds. MANAGEMENT OF ADULT CHOLEDOCHAL CYST.  
Ann Surg., 193 (5), May 81, 668-676.
- 13.- Organ, Kessler, Line. LONG TERM RESULTS OF JEJUNO-ILEAL BY PASS  
IN THE YOUNG. American Surgeon, 50 (11), Nov 84, 589-593.
- 14.- Lygidakus N. J., CYSTIC DILATATION OF COMMON BILE DUCT. Surg.  
Gyn Obst., 160, Feb 85, 115-118.
- 15.- Flanagan B.P., BILIARY CYST., Ann. Surg., 1975, 182:635-643
- 16.- Ono, Sakoda, Akita. SURGICAL ASPECT OF CYSTIC DILATATION OF THE-  
BILE DUCT. AN ANOMALOUS JUNCTION OF THE PANCREATIC BILIARY TRACT-  
IN ADULTS. Ann Surg., 82, 195, 203-208.
- 17.- Todani, Watanabe, Narusue. CONGENITAL BILE DUCT CYST: ITS CLASSIFI-  
CATION, OPERATIVE PROCEDURES AND REVIEW OF 37 CASES INCLUDING CAN-  
CER ARISING FROM CHOLEDOCHAL CYST. Am Jour. Surg, 1977; 134, 263-  
269.
- 18.- Babbit. CONGENITAL CHOLEDOCHAL CYST: NEW ETIOLOGICAL CONCEPT BASED-  
ON ANOMALOUS RELATIONSHIP OF THE COMMON BILE DUCT AND PANCREATIC  
BULB. Ann Radiol, 12, 1969, 231-240
- 19.- Babbit, Starckak, Clemmet. CHOLEDOCHAL CYST A CONCEPT OF ETIOLOGY.  
Am Jour Roentgenol, 119, 1973, 57-72.
- 20.- Alonso-Lej, Rever, Passagno. CONGENITAL CHOLEDOCHAL CYST, WITH  
A REPORT OF TWO AND AN ANALYSIS OF 94 CASES. Surg. Gyn. Obst. 1959,  
108:1.
- 21.- Mc Werther CONGENITAL CYSTIC DILATATION OF THE COMMON BILE DUCT-  
Arch. Surg, 1924, 8:604.
- 22.- Sabinston. TRATADO DE PATOLOGÍA QUIRURGICA, Undecima edición

23.- Vosschulte, Kümmerle, Peiper, Weller. LEHRBUCH DER CHIRURGIE. Ed.-  
Georg Thieme, 1982, págs 22.123.