

Quiste de colédoco tipo IV A

Lucas Esteban Granero,¹ Pablo Marinelli,¹ Daniel García Andrada,¹
Alberto Marangoni,² Eduardo Casaretto¹

¹ Servicio de Cirugía General, Hospital San Roque, Córdoba, Argentina.

² Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Sanatorio Allende. Córdoba.

Acta Gastroenterol Latinoam 2009;39:193-196

Resumen

El quiste de colédoco tipo IV A es una enfermedad muy poco común caracterizada por una dilatación quística congénita del árbol biliar que se extiende también a los canalículos biliares intrahepáticos. Se comunica el caso de una mujer de 19 años de edad con ictericia y dolor abdominal. La paciente fue sometida a una amplia evaluación clínica, analítica y por imágenes. La tomografía computada y la colangiopancreatografía por resonancia magnética revelaron un quiste coledociano de 13.5 cm con compromiso intrahepático. Se combinó la resección de la parte extrahepática del quiste con una hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. Se descubrió una estructura ductal en la parte distal del quiste extrahepático. No hubo complicaciones perioperatorias ni alejadas en el seguimiento.

Palabras claves: quiste colédoco, quiste biliar, estructura ductal.

Choledochal cyst IV A tipe with primary ductal stricture

Summary

Type IV A choledochal cyst is a very uncommon disease, characterized by congenital cystic dilatation of the biliary tree extending to the intrahepatic biliary channels also. A case of a 19-year-old female with jaundice and abdominal pain is reported. The patient underwent a thorough clinical, laboratory and imaging examination. Computerized tomography and magnetic cholangiopancreatography revealed a 13.5 cm choledochal cyst with intrahepatic involvement. Excision of the extrahepatic part of cyst was combined with a

Roux-en-Y hepaticoyejunostomy. A ductal stricture was discovered at the distal part of extrahepatic cyst. There were no perioperative and late complications in the follow-up.

Key words: Choledochal cyst, Biliary cyst, Ductal stricture.

La enfermedad quística congénita de la vía biliar se puede manifestar en todo el árbol biliar acompañándose frecuentemente de una anomalía de la unión pancreatobiliar.¹ Alonso-Lej y col en 1959 fueron los primeros en clasificar los quistes del colédoco en tres variedades.² Luego, en 1977, Todani y col, teniendo en cuenta el compromiso intrahepático de los mismos, los reclasificaron en 5 tipos, siendo ésta la clasificación más aceptada mundialmente.³

Los quistes de colédoco tipo IVA son aquellos que presentan múltiples quistes, fusiformes y/o quísticos en la vía biliar extra e intrahepática. Son el segundo tipo más frecuente después del tipo I y constituyen el 13 a 33% de los reportados en la literatura.^{1,4-6}

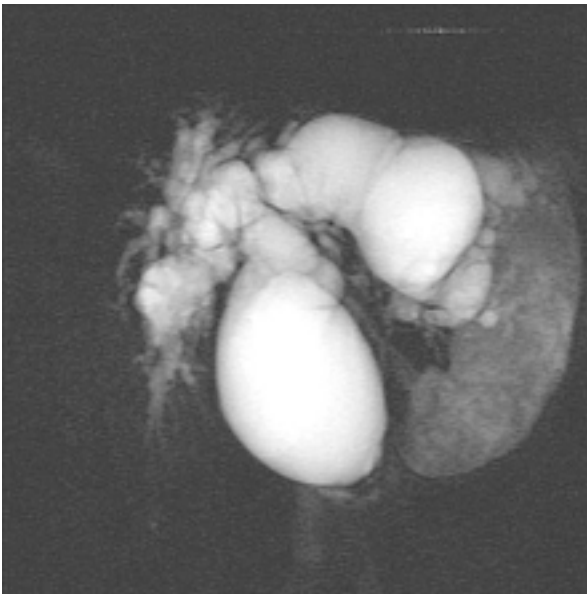
El objetivo del presente artículo es describir esta variedad poco frecuente de quiste de colédoco y realizar una revisión de la literatura con especial énfasis en el manejo terapéutico y las posibles complicaciones alejadas.

Caso clínico

Se trata de una paciente de sexo femenino de 19 años de edad que consultó por dolor abdominal cólico de moderada intensidad, acompañado de ictericia, coluria e hipocolia de tres días de evolución. La paciente refirió antecedentes de episodios de dolor con ictericia recurrente e intermitente desde los 2 años de vida aproximadamente, los cuales no reci-

Correspondencia: Lucas Esteban Granero
Servicio de Cirugía General, Nuevo Hospital San Roque.
Bajada Pucará 1900, CP 5000. Córdoba, Argentina.
Tel.: 0351-4348912 (int. 110) - Cel: 3515929105
E-mail: lucasgranero@yahoo.com.ar

Figura 3. Reconstrucción colangiográfica de la vía biliar intra y extrahepática.



mo distal, terminaba abruptamente en una estenosis fibrosa del colédoco. Se realizó una anastomosis biliodigestiva (hepaticoyeyunoanastomosis término-lateral con asa en "Y" de Roux) de 4 cm de diámetro a nivel de la placa hiliar. La paciente tuvo buena evolución con alta hospitalaria al octavo día del postoperatorio. El estudio de la anatomía patológica confirmó la resección completa de la dilatación quística y la ausencia de malignidad (Figura 4). Durante 8 meses de seguimiento la paciente no ha presentado ningún tipo de complicación, normalizando los valores de bilirrubina y fosfatasa alcalina.

Figura 4. Pieza anatomopatológica del quiste de colédoco extrahepático resecado.



Discusión

Los quistes de la vía biliar representan una entidad relativamente poco frecuente caracterizada por la dilatación congénita de la vía biliar extra y/o intrahepática. La variedad IV A, descrita por Todani y col,¹ constituye un subgrupo especial, ya que la enfermedad quística involucra parte o toda la vía biliar intrahepática, planteando interrogantes en cuanto a la conducta terapéutica y el seguimiento del paciente.

Esta variedad es más común en adultos jóvenes que en niños,⁷ y la presentación clínica habitual es mediante episodios de ictericia recurrente. La colangitis se presenta hasta en el 50% de los pacientes, siendo también de carácter recurrente en la mayoría de los pacientes.⁶

El manejo quirúrgico más aceptado en estos pacientes es la resección de la dilatación quística extrahepática y la confección de un buen drenaje del remanente quístico intrahepático mediante una hepaticoyeyunoanastomosis de un calibre apropiado (> 2.5 cm).⁶

Luego de una apropiada derivación biliodigestiva, la dilatación intrahepática tiende a disminuir de calibre en el postoperatorio alejado. Sin embargo, puede requerirse una segmentectomía lateral cuando las dilataciones en el lóbulo izquierdo desarrollan litiasis.¹ En nuestro caso, la litiasis se localizaba solamente en el quiste extrahepático, no siendo necesaria la resección hepática.

Otras complicaciones a largo plazo reportadas en estos pacientes, además de la hepatolitiasis con colangitis recurrente, son la cirrosis biliar secundaria y la malignización en colangiocarcinoma.^{1,4,6,8}

Lal y col,⁶ en una serie de 35 pacientes con quistes tipo IV A, reportaron la presencia de litiasis en el quiste extrahepático en el 51% de los casos y la de hepatolitiasis sólo en el 6%. El riesgo de transformación maligna en la mucosa residual de los quistes intrahepáticos es motivo de controversia: si bien algunos autores^{9,10} han reportado desarrollo de carcinoma, otros^{6,11} no han observado esta eventualidad después de un largo período de seguimiento. Nuestra paciente no ha presentado ningún tipo de complicación en 8 meses de seguimiento.

Referencias

1. Todani T, Watanabe Y, Toki A, Morotomi Y. Classification of congenital biliary cystic disease: special reference to type IC and IVA cysts with primary ductal stricture. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003;10:340-344.

2. Alonso-Lej F, Rever WB, Pessgno DJ. Congenital choledochal cyst with a report of 2, and an analysis of 94 cases. *Int Abst Surg* 1959;108:1-30.
3. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cyst: classification, operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1977;134:263-269.
4. Søreide K, Körner H, Havnen J, Søreide JA. Bile duct cyst in adults. *Br J Surg* 2004;91:1538-1548.
5. Nagorney DM, Mc Ilrath DC, Adson MA. Choledochal cysts in adults: clinical management. *Surgery* 1984;96:656-663.
6. Lal R, Agarwal S, Shivhare R, Kumar A, Sidoka SS, Saxena R, Kapoor VK. Type IV-A choledochal cysts: a challenge. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2005;12:129-134.
7. Todani T, Watanabe Y, Fujii T, Uemura S, Koike Y. Congenital choledochal cyst with intrahepatic involvement. *Arch Surg* 1984;119:1038-1043.
8. Lenriot JP, Gigot JF, Segol P, Fagniez PL, Fingerhut A, Adloff M, et al. Bile duct cysts in adults. A multi-institutional retrospective study. *Ann Surg* 1998;228:159-166.
9. Gallagher PJ, Millis RR, Mitchinson MJ. Congenital dilatation of the intrahepatic bile ducts with cholangiocarcinoma. *J Clin Pathol* 1972;25:804-808.
10. Watanabe Y, Toki A, Todani T. Bile duct cancer developed after cyst excision for choledochal cyst. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 1999;6:207-212.
11. Chijiwa K, Komura M, Kameoka N. Postoperative follow up of patient with type IVA choledochal cysts after excision of extrahepatic cyst. *J Am Coll Surg* 1994;179:641-645.