

Dilatación quística del colédoco

Dres. NELSON B. VARELA y CARLOS A. PRAVIA *

El objeto de la presente comunicación, es presentar una observación de dilatación quística del colédoco, que es poco frecuente en la práctica quirúrgica habitual.

Algunos autores sostienen que la primera observación fue señalada por Vater (20) en 1723; a partir de entonces han aparecido varias revisiones de la literatura, e informes de casos personales. Una revisión realizada por Alonso Lej y col. (1), reúne 403 casos auténticos y 16 dudosos de quistes coledocianos congénitos. Smith (16) en 1952 menciona una incidencia de 1 por 378.500 ingresos en el Presbyterian Hospital de N. York; Tsardakes y Robnett (20) encuentran 1 caso cada 26.500 ingresos en el Whittington Hospital de Londres; Walton (21) tiene una experiencia de 5 casos; Dickson Wright (23) vio 4 casos.

En nuestro medio, se han presentado casos por Stajano (19), Armand Ugón (2) y Bermúdez (4) en adultos, y por Negro y col. (15) y Marcos y Yannicelli (14) en niños.

En la frecuencia de esta afección predomina el sexo femenino en una proporción de 4 a 1 con respecto al masculino.

El promedio de *edad* de los pacientes es de 25 años, pero se han visto en los extremos de la vida: un caso en el feto de Shockett y col. (17) y un caso de Madding (13) de 78 años.

ETIOLOGIA

Con relación a ella se señalan dos teorías: Una que atribuye la afección a factores adquiridos, que causan compresión

o traumatismo a la vía biliar principal, ya sea debido a una complicación del embarazo [Mac Whorter (12)], traumatismo [Kremer (11)], secundaria a aumento de ganglios mesentéricos, que comprimen el colédoco [Douglas (6)] o a estenosis del esfínter de Oddi, según Edgeworth (7). La teoría del origen congénito, sostenida por numerosos autores y que basa sus argumentos en tres factores: 1) la mayoría de los quistes se ve en niños; 2) se han visto en fetos y recién nacidos; y 3) algunos se acompañan de otras anomalías de las vías biliares. Se supone que existe una debilidad de la pared del conducto biliar, combinado con un factor obstructivo del colédoco distal, que puede ser congénito o adquirido. Gross (8), en una revisión de las hipótesis, sostiene que las lesiones son heterogéneas y que pueden producirse de muchas maneras. En general, existe una debilidad congénita del colédoco y el conducto se dilata, exista o no un aumento de la presión intracoledociana.

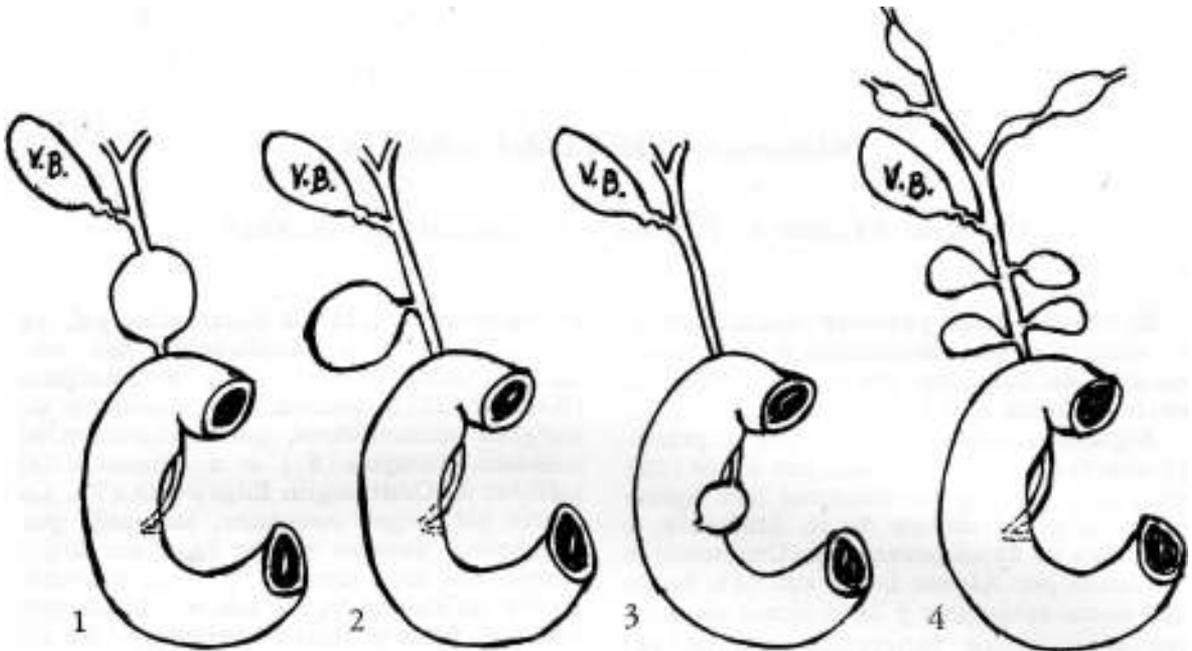
CLASIFICACION

La clasificación de Alonso Lej y col. (1), no incluye los quistes múltiples, como ha sido señalado por Arthur (3), de manera que una clasificación más completa de las dilataciones de la vía biliar será:

- 1) dilatación congénita del colédoco (o quiste del colédoco), la variedad más común (fig. 1 del esquema);
- 2) divertículo congénito del colédoco (fig. 2). Es raro y se han descrito sólo 5 casos hasta 1958;
- 3) coledococela congénita. Se trata de una dilatación del colédoco terminal (fig. 3);
- 4) quistes biliares múltiples (fig. 4 del esquema).

Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de mayo de 1969.

* Docente Adscripto de Cirugía. Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo). Mones Roses 6435, Montevideo.



Figs. 1, 2, 3 y 4.—Quistes del colédoco (esquema imitado de Arthur y Stewart). (Ver el texto.)

PATOLOGIA

La patología de estas dilataciones del colédoco puede describirse:

1) El quiste del colédoco (variedad 1) tiene las siguientes caracteres:

- el árbol hepático en el hígado (intrahepático) es normal;
- por encima del quiste, el árbol biliar está algo dilatado a causa de algún factor obstructivo en el colédoco terminal. Se trata de una dilatación cilíndrica, que no forma parte del quiste;
- el quiste es bien nítido, comienza y termina afinándose;
- existe a nivel del colédoco terminal una estrechez, aunque puede encontrarse anormalmente amplio.

El quiste comienza generalmente por debajo del conducto cístico y mina por encima del duodeno. El tamaño varía desde el de una pelota de golf hasta los muy grandes, con varios litros de contenido.

La pared está hipertrofiada, llegando a tener 1 cm. de espesor; la estructura está

alterada, compuesta de tejido fibroso, a veces con fibras de músculo liso y fibras elásticas. No existe capa epitelial.

El contenido es bilis alterada e infectada, de la que se ha cultivado *Escherichia coli*, bacilos paratíficos y tíficos.

La obstrucción e infección puede causar en el hígado colangitis, que llevan a cirrosis e ictericia. La vesícula es normal, o es sitio de infección crónica, cálculos, etc.

2) El divertículo congénito del colédoco se distingue por un pedículo que lo une al árbol biliar, permaneciendo el resto del colédoco normal o levemente dilatado. Es una variedad rara.

3) El coledococoele también es raro, ha sido rotulado algunas veces como quiste enterógeno del duodeno. Esta lesión afecta sólo la porción intraduodenal del colédoco, alcanzando poco tamaño por esta razón. Los conductos pancreático y colédoco se vacían dentro del quiste, que se abre dentro de la luz intestinal. La lesión se cubre con la mucosa duodenal, de donde surge el interrogante de su origen.

4) Los quistes múltiples parecen ser el resultado de áreas de debilidad múltiples, en los conductos intra y extrahepáticos.

cos; algunos son verdaderas dilataciones, pero otros, sobre todo los extrahepáticos, son pedunculados.

Los *síntomas clínicos* de esta afección comienzan, en general en adolescentes o adultos jóvenes. El cuadro clínico varía desde la casi ausencia de síntomas hasta las complicaciones graves, tal como la ruptura como veremos más adelante. La tríada clásica de la enfermedad consiste en dolor ictericia y una tumoración palpable de abdomen.

El dolor se localiza en el cuadrante superoexterno derecho del abdomen, pudiendo irradiarse adelante o hacia atrás; es debido a la distensión del saco y puede reemplazarse por cólicos.

La tumoración adquiere distinto tamaño, es móvil y redondeada.

La mayoría de los casos señalados no fueron diagnosticados preoperatoriamente. Otros síntomas menos importantes son vómitos, diarrea y ascitis cuando se instala la cirrosis.

La colecistografía oral raras veces revela dilatación quística por la imposibilidad de concentrar el medio de contraste en el colédoco.

Mejores resultados se obtienen por la biligrafina. Dickson Right (23) describe los siguientes signos: a) calcificación de la pared del quiste; b) duodeno desplazado adentro y abajo; c) depresión y a veces dilatación de la pelvis renal derecha.

Las *complicaciones* descritas de esta afección son: peritonitis biliar por ruptura del quiste, con o sin traumatismo; formación de cálculos en el quiste; en un caso de Irving y Morrison (9) existía una transformación maligna; la colangitis es generalmente debida a obstrucciones del conduc o biliar principal; los ataques de colangitis reiterados llevan a la cirrosis, que secundariamente puede dar ascitis, la que puede también ser producida por compresión de la vena porta por el quiste.

TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico, el paciente debe ser intervenido, ya que los casos que no se operan evolucionan desfavorablemente; Tsardakes y Robnett (20) observan 29 muertes en 30 casos no operados.

De la literatura consultada, hemos resumido los distintos tratamientos que pueden realizarse en estos casos de quistes coledocianos.

a) El procedimiento de elección es actualmente la excisión del quiste con coledocoduodenostomía o hepaticoduodenostomía. Fue señalado primero por Mac Whorter (12) en 1924, continuando por W. Wright (23) y por Alonso Lej y col. en 1959 (1). La anastomosis se hará en lo posible con la segunda porción del duodeno. Un procedimiento usado dentro de este tipo de anastomosis, es la coledocoyeyunostomía o hepaticoyeyunostomía usando un asa larga en Y a la Roux, para prevenir la regurgitación del quimo a las vías biliares; el asa será de por lo menos 30 cm. Se ha señalado como desventaja de este método, la posible úlcera de neoboca [Bowers (5)].

b) Las operaciones que realizan anastomosis directa del quiste al tubo digestivo, se usan todavía. Se practica coledococistoduodenostomía, en la que se ha señalado hasta un 30 % de mortalidad, debidas a colangitis o estenosis de la anastomosis; coledococistogastrostomía, tal como en un caso señalado en nuestro medio por el Prof. Stajano (19), y coledococistoyeyunostomía, usando un asa con anastomosis de Braun o en Y de Roux.

c) Los procedimientos de derivación uniendo la vesícula al estómago, duodeno y yeyuno, han sido empleados en pacientes con gran riesgo quirúrgico y, desde luego, en casos en los que la vesícula está sana; es un procedimiento muy poco usado y se han señalado como complicaciones la formación de cálculos y episodios de colangitis.

Quistes del colédoco. Tratamiento

a) Exéresis del quiste con:

- 1) coledocoduodenostomía;
- 2) hepaticoduodenostomía;
- 3) coledocoyeyunostomía;
- 4) hepaticoyeyunostomía:
en asa en Y a la Roux.

b) Anastomosis directa del quiste al tubo digestivo:

- 1) coledococistoduodenostomía;
- 2) coledococistogastrostomía;
- 3) coledococistoyeyunostomía:
en asa de Braun,
en asa en Y de Roux.

- c) Utilizando vesícula:
 - 1) colecistogastrostomía;
 - 2) colecistoduodenostomía;
 - 3) colecistoyeyunostomía.
- d) Resección del quiste y reconstrucción del colédoco.
- e) Esfinterotomía sola o combinada.
- f) Drenaje externo o marsupialización.
- g) Tratamiento del divertículo.
- h) Tratamiento del coledococoele:
 - 1) esfinterotomía;
 - 2) extracción del cálculo;
 - 3) comunicación de la dilatación con el duodeno (por incisión).

d) La resección del quiste con reconstrucción del colédoco sobre tubo en T, puede proponerse cuando el quiste es grande, sin infección y el riesgo quirúrgico reducido. Shallow (16) registra 8 pacientes tratados de esta manera con 5 éxitos.

e) La esfinterectomía, sola o combinada con otros procedimientos, puede resultar satisfactoria.

f) El drenaje externo, tal como el efectuado en el caso de nuestra historia, se acepta como procedimiento temporal, en

casos en los que como el referido, existe ictericia o el diagnóstico no aparece claro, en ausencia de colangiografía preoperatoria.

g) En el tratamiento del divertículo del colédoco se hará la resección del divertículo, de esta manera no se altera la continuidad del árbol biliar.

h) El coledococoele sólo requiere una incisión transduodenal del quiste para establecer un drenaje normal. Podrá extraerse el cálculo si lo hay o practicar una esfinterectomía si se cree necesario.

La historia clínica que motiva la presente comunicación es la siguiente:

M. A. de B. de los S., 41 años. Ingresa al Sanatorio Español el 22-VI-66 por cuadro doloroso de hipocondrio derecho.

Su enfermedad actual comienza 3 días antes del ingreso, con dolor cólico en hipocondrio derecho a continuación de la ingesta de una comida de alimentos excitobiliares, con irradiación a fosa lumbar derecha y a epigastrio. Se acompaña de vómitos biliosos y chuchos de frío. Orinas hipercoloreadas, moderada decoloración de materias. La medicación a base de anties-

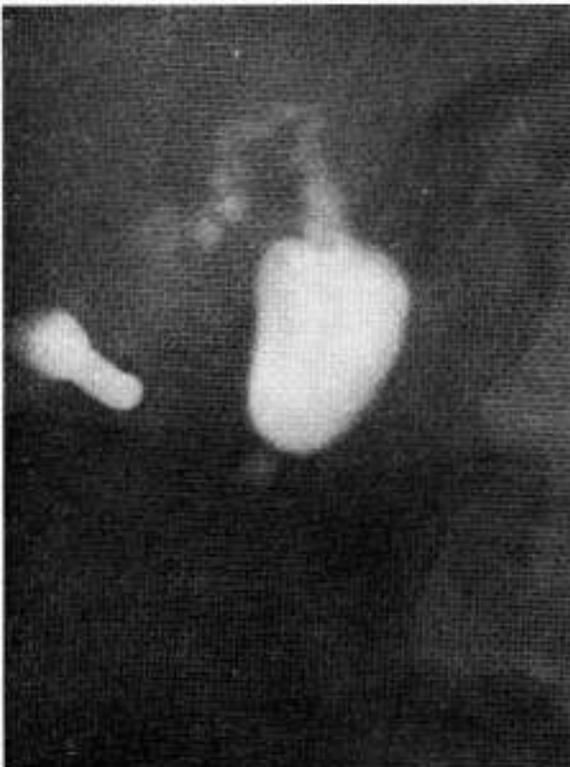


FIG. 5.— Colecistocolangiografías donde se visualiza la dilatación quística del colédoco.

pasmódicos y bolsa de hielo no la mejoran, por lo que el médico tratante la ingresa.

En sus antecedentes, dispepsia selectiva típica datando de 3 años y en cuatro oportunidades episodios dolorosos, semejantes al actual, menos intensos y al parecer coloración subictérica.

El examen mostró una paciente dolorida, con tinte subictérico de conjuntivas, lengua seca, saburral; 37 ½ y 38 de temperatura; P.A. 9/5. Abdomen, duele en hipocondrio derecho, donde se aprecia defensa. Resto del examen físico, s/p.

Exámenes pedidos: orina normal, salvo los cloruros 3 gr. Hemograma: glóbulos rojos, 4.500.000; hemoglobina, 94 %; valor globular, 1; hematócrito, 44 %; glóbulos blancos, 10.000. Unidades pancreáticas en sangre y orina, normales.

Pese al tratamiento con antiespasmódicos, antibióticos, dieta, sueros, no mejora; persiste el dolor y defensa en hipocondrio derecho; se decide operar el 27-VI-66.

Anestesia general. Incisión paramediana transrectal derecha. Se comprueba vesícula biliar distendida, edematosa, con cístico fino y un cálculo impactado en el bacinete. En el colédoco, con edema y pericoledocitis, se aprecia una formación anormal, difícil de precisar, que se pierde detrás del duodeno y dado que no se dispone en ese momento de colangiografía, se abre la vesícula, se extrae barro biliar y dos cálculos pequeños, haciendo una colecistostomía.

Buena evolución postoperatoria. La colecistocolangiografía posterior mostró (Dr. Pollero): "Divertículo del colédoco, cara anterior en porción supraduodenal, tal como se aprecia en las radiografías".

Posteriormente se salió la sonda de colecistostomía; pese a que el estado del paciente es sumamente satisfactorio, debemos practicar una nueva intervención; de manera que, a la presente comunicación, se agrega la solicitud de conocer la experiencia de los colegas y la solución definitiva que darían a este caso.

En la evolución de la paciente, a posteriori se salió la sonda de la colecistostomía; pensamos, pese a que el estado de la paciente es satisfactorio, que debemos practicar una segunda intervención, que será el tratamiento propiamente dicho de la dilatación quística coledociana.

RESUMEN

Se presenta un caso de dilatación quística del colédoco, encontrada en el curso de una intervención de una colecistitis aguda, y cuyo diagnóstico fue posible, luego de la intervención, por medio de la colecistocolangiografía.

Se hace una revisión del tema, así como de los distintos tratamientos propuestos para solucionar esta afección.

RÉSUMÉ

On présente un cas de dilatation kystique du cholédoque, trouvée au cours d'une intervention par cholécistite aiguë, et dont le diagnostic fut possible après l'intervention grâce à la cholécistocolangiographie.

On fait une revue du sujet ainsi que des divers traitements proposés pour résoudre cette affection.

SUMMARY

A case of cystic dilatation of the main bile duct is presented. It was found in the course of an operation for acute cholecystitis. The diagnosis was possible after the operation through a cholecystocolangiogram.

A review of the subject and the various treatments proposed to treat this condition are reported.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO LEJ, F., REVER, W. B. and PESSAGNO, D. Congenital choledochal cyst with a report of two and an analysis of ninety-four cases. *Internat. Abstr. Surg.*, 108: 1, 1959.
- ARMAND UGON, V. Quiste congénito del colédoco. *Patología de las vías biliares*. Domingo Prat. Ed. Barreiro y Ramos, Montevideo, 1946.
- ARTHUR, G. W. and STEWART, J. O. R. Biliary cysts. *Brit. J. Surg.*, 51: 671, 1964.
- BERMUDEZ, O. Dilatación congénita del hepatocolédoco. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 31: 137, 1960.
- BOWERS, R. F. Regarding postcholechojejunostomy ulcers in the human. *Arch. Surg.*, 73: 18, 1956.
- DOUGLAS, A. H. Case of dilatation of the common bile duct. *Monthly J. M. Sc.*, 14: 97, 1952.
- EDGEWORTH, F. H. A case of dilatation of the common bile duct simulating distension of the gallbladder. *Lancet*, 1: 1180, 1895.
- GROSS, R. E. *Surgery of infancy and childhood*, p. 524. Filadelfia, Saunders, 1953.
- IRWIN, S. T. and MORRISON, J. E. Congenital cyst of the common bile duct containing stones and undergoing cancerous change. *Brit. J. Surg.*, 32: 319, 1944.
- JUDD, E. S. and GREENE, E. I. Choledochus cyst. *Surg. Gyn. Obst.*, 46: 317, 1928.
- KREMER, J. Ein fall einer durch choledochoduodenostomie dauernd geheilten echten choledochuszyste. *Arch. Klin. Chir.*, 113: 99, 1919.
- McWHORTER, G. L. Congenital cystic dilatation of the bile and pancreatic ducts. *Arch. Surg.*, 38: 397, 1939.
- MADDING, G. F. Cystic dilatation of the choledochus. *Ann. Surg.*, 153: 170, 1961.

14. MARCOS, J. R. y YANNICELLI, R. Dilatación quística congénita del colédoco. *Arch. Ped. Uruguay*, 24: 654, 1953.
15. NEGRO, R. C., VACAREZZA, A. y MENDOZA, D. Dilatación idiopática del colédoco. Ictericia bilio-séptica. *Arch. Ped. Uruguay*, 35: 50, 1964.
16. SHALLOW, T. A., EGER, S. A. and WAGNER, F. N. (Jr.). Congenital cystic dilatation of the common bile duct; case report and review of the literature. *Ann. Surg.*, 117: 55, 1943.
17. SHOCKETT, E., HALLENBECK, G. A. and HAYLESS, A. B. Choledochal cyst: report of cases. *Proc. Staff. Med. Mayo Cl.*, 30: 87, 1955.
18. SMITH, B. C. Cyst of the common duct. *Arch. Surg.*, 44: 963, 1942.
19. STAJANO, C. Dilatación congénita del hepatocolédoco. Megacolédoco. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 17: 261, 1946.
20. TSARDAKES, E. and ROBNETT, A. H. Congenital cystic dilatation of the common bile duct. Analysis of 57 cases and review of the literature. *Arch. Surg.*, 72: 311, 1956.
21. VATER. Citado por Davis, C. E. (Jr.). Choledochus cyst. *Ann. Surg.*, 128: 240, 1948.
22. WALTON, J. Congenital diverticulum of the common bile duct. *Brit. J. Surg.*, 27: 295, 1939.
23. WRIGHT, A. D. X-Ray appearances produced by congenital cystic dilatation of the common bile duct. *Brit. J. Radiol.*, 8: 227, 1935.