

## Quiste congénito de colédoco en una niña de 9 años

Dr<sup>as.</sup> MARIA T. CABRERA ROCA  
y ROSA BADANIAN DE GARCIA FONTES \*

La rareza de esta afección en su forma clásica está ampliamente demostrada en los estudios sobre ella encontrados en la literatura al respecto; de su revisión hemos sacado la consecuencia de que este caso es excepcional, tanto en su forma clínica (a comienzo de cuadro agudo de hipocondrio derecho producido por una dilatación aguda de vesícula) como en la ausencia de ictericia. La dilatación aguda de vesícula no sólo es excepcional en estos casos, sino que ha sido negada por la mayor parte de los autores y dio la tónica a nuestro cuadro, donde ella dominó la escena, quedando la enorme cavidad del quiste del colédoco parcialmente evacuada hacia ella, en forma tal que en el acto operatorio sólo impresionaba como una vía biliar globalmente dilatada.

Descrito por Vater en 1723, Douglas en 1825, Shallow en 1943, Tardakas y Robnet en 1956, Swensson, Benson, Max Grob. Los cirujanos de la Clínica Lahey (11) nos han dado una idea del material encontrado y los resultados obtenidos.

En nuestro medio, el primer caso pertenece a Stajano (9) en 1946, en un adulto; luego Marcos y Yannicelli (6) en 1953, Bermúdez (2) en 1960, Arruti y Vacareza en 1965, citados por Negro (7). Rivalola (8) en la Argentina, en 1954.

El quiste del colédoco es una de las malformaciones de las vías biliares que se escalonan desde las atresias, hasta los

enormes quistes como el presente (1, 3, 4, 5, 10). Este caso es de malformación *primitiva* sin obstáculo de evacuación hacia el duodeno ni al resto de la vía biliar, de paredes gruesas, como se desprende del estudio biopsico de un fragmento de ésta, como veremos más adelante. Las otras patologías son el obstáculo a su evacuación en el duodeno, la angulación de la vía biliar u otra malformación asociada no presente en este caso. En cuanto al parénquima hepático no presentó repercusión, demostrado por la ausencia de ictericia y el estudio funcional hepático normal. La clínica corriente en los casos descritos responde a la tríada de dolor, tumor e ictericia muchas veces acompañada ya de cirrosis. Nuestro caso difiere.

### HISTORIA CLINICA

T. R. S., 9 años. Comienza con dolor en hipocondrio derecho y vómitos, cuatro días antes del ingreso. Dos días después, deposiciones diarreicas escasas, al parecer algo claras, continuando los vómitos biliosos y discreta febrícula.

*Antecedentes personales.* Sin particularidades. No ha tenido cuadros similares anteriores.

*Examen.* Buen estado general; temperatura rectal 37° 6/10; axilar 36° 6/10. Lengua ligeramente saburral. Piel algo pálida sin ictericia. Garganta: amígdalas hipertróficas y congestivas. Caries dentales. Abdomen: se moviliza bien a la respiración. Duele espontáneamente el hipocondrio derecho a la palpación superficial y hay defensa. Resto del abdomen libre. Tacto rectal: Douglas libre. Fosas lumbares libres e indoloras. Cardiovascular y pleuropulmonar: sin particularidades.

*Resumen.* Dolor y defensa en hipocondrio derecho. Vómitos biliosos.

*Diagnósticos primarios.* Posible apendicitis subhepática o colecistitis aguda. Se indica: exploración quirúrgica de hipocondrio derecho.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil (Prof. Ricardo Yannicelli) y Servicios Radiológicos de los hospitales Pereira Rossell y de Clínicas. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de agosto de 1969.

\* Asistente de Clínica Quirúrgica Infantil (Facultad de Medicina de Montevideo). Médico Radiólogo del Hospital Pereira Rossell (Ministerio de Salud Pública).

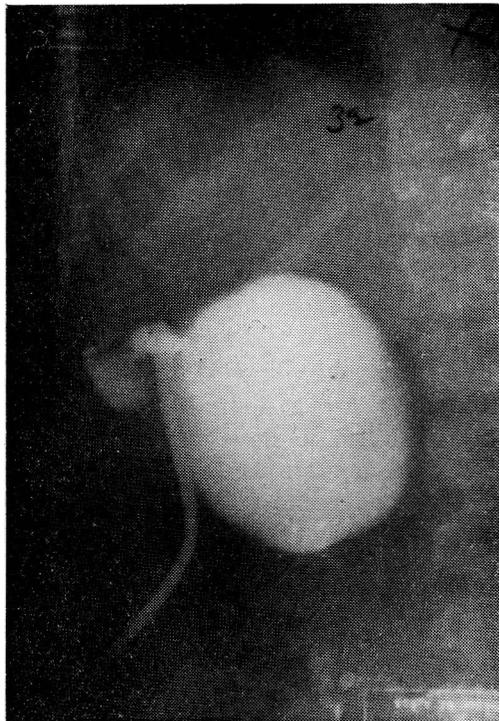


FIG. 1.— Preoperatorio.

*Primera intervención (17-IV-69).* Dra. María T. Cabrera Roca; Pte. Pintos; Anestésista, Dr. Grois. Incisión transversa subcostal derecha con sección de recto derecho. Abierto peritoneo, se cae sobre una vesícula que rebasa ampliamente hacia abajo la zona de incisión, llegando cerca de la espina iliaca anterossuperior. Se reconoce un cístico dilatado continuando la dilatación aparentemente a toda la vía biliar. No hay pericolecistitis ni elementos inflamatorios aparentes. Antes de actuar sobre ella, se explora el apéndice que está en fosa iliaca derecha con algunas adherencias y que no parece participar en el cuadro. Se hace apendicectomía. Punción de la vesícula previa colocación de dos jaretas, extrayéndose 150 cm. de bilis negra, de la cual se envía una muestra para examen. Colecistostomía con sonda Petzer, que se saca por contraabertura. Cierre por planos, hilo en la piel. Se conecta el tubo de drenaje bocal, en donde sigue fluyendo gran cantidad de bilis con los caracteres anotados.

*Postoperatorio.* Bueno. Abdomen libre. Temperatura rectal  $37^{\circ} 5/10$ . En los días siguientes se mantiene el buen estado general, drenando bilis por el tubo en cantidades que oscilan entre 50 y 200 cm., siendo ésta unas veces clara y otras oscura y fétida. Temperatura, en algunas oportunidades, que cedía al administrarse nuevamente antibióticos. Materias: siempre coloreadas. Orina: normal.

*Estudio funcional hepático (27-IV-69).* Bilirrubina: directa, 0,20 mg.; indirecta, 0,40

mg.; total, 0,60 mg. Reacción de timol: 7 unidades. Reacción de flocculación en tubo: negativa. Proteínas totales: 6,80 mg.

Examen de la bilis extraída en la operación el 17-IV-69. Microscópico: directo, escasas células de descamaciones, piocitos y hemáticas. Bacterias: no se observan parásitos. Bacteriológica: escasos bacilos gramnegativos (Coli). Cultivos: permanecen estériles a las 48 horas. Reacción de Rivalta: positiva. Albúmina 0,48 %. Citología: predominancia de neutrófilos.

*Segunda etapa.* Proponemos una colangiografía luego de pasado un período prudencial de 13 días, pensando en una malformación de la vía biliar, por la cual consultamos con la Dra. Badanian de García Fontes, que realiza la colangiografía por el tubo de colecistostomía. Este examen, realizado con Hypaque, demostró que se opacifica una enorme cavidad en la topografía del colédoco, puesto que en el perfil es bien posterior y además es posible individualizar otra imagen pequeña, lateral externa con respecto a la primera, que corresponde a una vesícula de situación algo externa. Por otra parte, el medio de contraste pasa con relativa facilidad a la segunda porción del duodeno que aparece desplazada hacia afuera. Estas tomas fueron comprobadas nuevamente en otra colangiografía, en una de las cuales obtuvimos un film que confirma lo anterior. Con estos hallazgos se planteó el diagnóstico de dilatación quística del colédoco y se decidió la intervención quirúrgica.

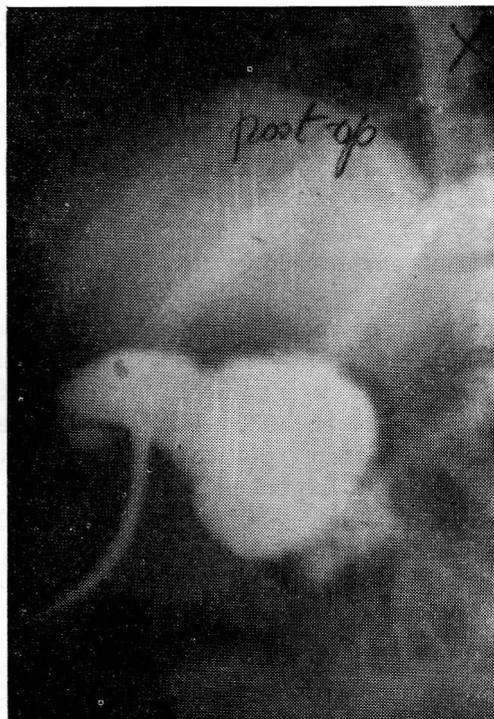


FIG. 2.— Postoperatorio.

Al día siguiente de la primera colangiografía, el tubo de colecistostomía drenó 500 c.c. de bilis oscura y fétida, por lo cual se hace un nuevo bilicultivo.

4-VI-69. Examen directo: bacilos gramnegativos. Cultivo: se aisló proteus y cocos grampositivos con los caracteres morfológicos de estreptococo. Antibiograma: resistencia total. La tolerancia del punto de esta general es total y la niña es así en anorexia, por lo cual a pesar del antibiograma se continúa con la terapéutica ya indicada. Se hicieron sucesivamente pantomicina, erramicina y cloromicetina, y como tratamiento general polivitaminas, bilis de bery y antiespasmódicos.

Segunda intervención. (6-VI-69). Dra. Cabrera; Dr. Taibo; Dr. Puig; Anestesiista, P.e. Cranwell. Transfusión: 500 c.c. Incisión anversa derecha reseca la cicatriz anterior.

Exploración: a) Se encuentra colecistostomía con sonda de Petzer colocada en el fondo de la vesícula que ha disminuido de tamaño a una cuarta parte respecto a la operación anterior. Hígado normal. b) Duodeno en anteposición empujado por el quiste del colédoco que está situado detrás de la segunda porción y lo desborda hacia afuera. c) Quiste de paredes gruesas de unos 2 cm. de consistencia fibrosa.

Procedimientos: 1º) Biopsia de la pared del quiste. 2º) Resección de la cadena ganglionar situada entre el duodeno y el quiste. 3º) Quistoduodenostomía en dos planos con puntos separados con seda y lino. Se fija el fondo de la vesícula al peritoneo parietal con dos puntos de lino. 4º) Cierre de la pared por planos. Hilo en la piel.

Resultado de la biopsia de la pared del quiste. Posta Central de Anatomía Patológica (M.S.P.). Dr. W. Fontán.

Examen macroscópico: Recibe en formol un fragmento tisular alargado que mide  $12 \times 1 \times 1$  mm. Coloración parda. Consistencia elástica. Se incluye en total para microscopía.

Examen microscópico: Los cortes examinados corresponden a la pared del quiste tapizado por epitelio monoestratificado cúbico y una gruesa capa conjuntiva externa que envuelve a algunos haces musculares lisos y con focos de infiltración linfocitaria crónica inespecífica.

Consideraciones. Se decidió la quistoduodenostomía por considerarla en este caso la opción más adecuada en las circunstancias de este caso especial, descartando a quistoyunostomía con o sin anastomosis al pie del ansa o con Y de Roux, o la resección o al.

La curación del quiste congénito no es anatómica, lo que correspondería a la resección del quiste y reimplantación de la anastomosis hepaticoduodenal que en sus realizaciones representa un serio riesgo y las estadísticas son desfavorables. Lo que se logra con la derivación al duodeno es una curación funcional disminuyendo la tensión del quiste con su evacuación amplia, lo que permite (al disminuir

la tensión dentro del quiste) su regresión progresiva. En este caso la solución del drenaje está unida a un hígado indemne que permite pensar en una restitución cercana a la normal. Creemos que los resultados desfavorables que se deducen de las estadísticas están más en función del toque hepático que puede llegar hasta la cirrosis independiente de la edad del paciente (pues esto puede ocurrir incluso en lactantes) más que del método derivativo elegido.

Postoperatorio. Buen estado general. Apirexia. Sólo salieron 5 c.c. de bilis color oro el primer día, no drenando más en lo sucesivo.

Con fecha 12-VI-69 se retira drenaje del lecho.

23-VI-69: Colangiografía de control. Ha disminuido quiste, dada la poca evolución desde el día de la operación, considerándose aceptable la reducción del quiste y el amplio pasaje al duodeno.

24-VI-69: Se retira el tubo de colecistostomía.

25-VI-69: Alta en buenas condiciones.

## RESUMEN

Presentamos un caso de quiste congénito de colédoco que lo toma en su totalidad.

Destacamos la particularidad de ausencia de ictericia y cirrosis en este caso.

El haberse presentado con la máscara de un cuadro agudo de hipocondrio derecho que hizo plantear el diagnóstico de apendicitis subhepática o colecistitis aguda.

El debut del cuadro con dilatación aguda de vesícula que llegó a vaciar ese enorme quiste que no se tocó como tal en la primera operación, sino que impresionó como una dilatación general de la vía biliar. Esta variante es la primera vez que la vemos descrita.

Destacamos la indemnidad del hígado como elemento de buen pronóstico, a cuyo toque llegando hasta la cirrosis tal vez se deba la evolución de algunos enfermos.

Elegimos la quistoduodenostomía luego de estudiar lo favorable del caso y la facilidad de ejecución que no distorsiona ningún elemento y luego de descartar los otros procedimientos conocidos que no los consideramos oportunos en este caso.

Consideramos la reducción del quiste en la colangiografía última, aceptable a los 21 días de la intervención derivativa. Se estudiará en el futuro con radiografías contrastadas de la vía biliar y estudios funcionales hepáticos.

**BIBLIOGRAFIA**

1. BENSON, C. O. y otros. *Cirugía Infantil*. T. 1. Traduc. Salvat, 1967. Barcelona, España.
2. BERMUDEZ, O. Dilatación congénita del colédoco. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 31: 137, 1960.
3. DUHAMEL, B. *Technique Quirurgical Infantile*, p. 228. Masson, 1957. Paris, France.
4. GROSS, R. E. *Surgery of Infancy and Childhood*. p. 524. Saunders. Philadelphia and London, 1953.
5. GROF, M. *Patología Quirúrgica Infantil*, p. 433, Edic. Medina, Barcelona, 1958.
6. MARCOS, J. R. y YANNICELLI, R. Dilatación quística congénita del colédoco. *Arch. Ped. Uruguay*, 24: 654, 1953.
7. NEGRO, R. C., GENTILE, I., RAMON GUERRA y col. *Enfermedades del hígado en la infancia*. Cap. XXX, p. 583. Bs. Aires, Panamericana, 1968.
8. RIVAROLA, S. E., ROCCA RIVAROLA y RIVAROLA, A. Ictericia obstructiva en la infancia. *Anal. Arg. Pediatría*, 42: 263, 1954.
9. STAJANO, C. Dilatación congénita del hepatocolédoco, megacolédoco. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 17: 261, 1946.
10. SWENSON, O. *Cirugía Pediátrica*, p. 270. Ed. Panamericana, Méjico, 1960.
11. WARREN, K., KUNE, G. and HARDY, K. Biliary Duct Cysts. *Surg. Clin. North America*, 48: 567, 1968.