

CASOS CLINICOS

Quistes de la vía biliar principal del niño.

Quistoyeyunostomía sobre asa diverticular

Dres. Luis Pérez Billi, Antonio Pallas, Orestes Sbárbaro, Elida Murguía, Diver Lattaro, Aquiles Delfino, Oscar Chavarría, Raúl Praderi.

Se analizan 3 casos de quistes coledocianos en el niño tipo I, uno de los cuales presentó la triada clásica y que fueron tratados mediante la quisto-yeyunostomía con asa diverticular, siendo este procedimiento sencillo y de baja mortalidad.

La evolución ha sido buena en todos los casos.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: Choleliths Cysts / Surgery.

SUMMARY: Cysts in the main biliary tract in the child. Cystojejunostomy on diverticular loop.

Analysis of three cases of choledochian cysts in Type I child, one of which was affected by the conventional triad and were treated by cyst-jejunostomy with diverticular loop. This procedure is simple and has a low rate. Evolution has been good in every case.

RÉSUMÉ: Kystes de la voie biliaire principale chez l'enfant.

On analyse 3 cas de kystes cholédociens type I chez l'enfant, dont un a présenté la triade classique. Ils furent traités à travers la kystojéjunostomie avec anse diverticulaire. Le procédé est simple et il a une basse mortalité. L'évolution fut bonne dans tous les cas.

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi). Hospital Maciel y Clínica Quirúrgica Infantil (Director Prof. Dr. Oscar Chavarría). Hospital Pereira Rossell. Fac. de Medicina. Montevideo.

INTRODUCCION

El quiste de colédoco es una anomalía poco frecuente. Se han descrito 1.500 casos en la literatura inglesa hasta 1980⁽³⁶⁾. En nuestro medio se han comunicado 4 casos en adultos y otros tantos en niños. Seguramente estos casos no revelan la incidencia real de esta patología. En un reciente estudio, Cosgriff y Wiles, señalan una incidencia global del 0.5% en 1.500 operaciones biliares.⁽¹⁰⁾

La paraclínica moderna (U.S., T.A.C., Cotellografía) ha mejorado el diagnóstico preoperatorio y sin embargo en algunas circunstancias puede ser hallazgo intraoperatorio.^(13, 19, 26, 30)

La frecuencia del quiste de colédoco es mayor en el sexo femenino, alrededor de 4 a 1 y predomina particularmente en Oriente, correspondiéndole a Japón casi los 2/3 de todos los casos descritos. El 75% de los casos se manifiestan en la infancia.

MATERIAL Y METODO

Se estudian tres casos de quistes de colédoco, dos de los cuales fueron asistidos en la Clínica Quirúrgica Infantil y el tercero, por uno de los autores (R.P.) en el período comprendido entre diciembre de 1981 a octubre de 1984. Se trata de dos preescolares de sexo femenino y un lactante varón de 2 meses.

Presentado como Tema Libre al 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Asistente de Clínica Quirúrgica Infantil, Residente de CIn. Quirúrgica, Hosp. La Fe, Valencia, España, Prof. Agregado, Cirujanos del M.S.P. Médico Pediatra del M.S.P. Profs. Directores de Clínica Quirúrgica. Montevideo.

Dirección: Cerro Largo 1772, Montevideo (L. Pérez Billi).

CASUISTICA

Caso N° 1: M.Z.S. 5 años. Sexo Femenino. Ingres a el 21/12/81. Mf. Dolor abdominal y vómitos, procedente de zona semirrural.

E.A.: 48 horas antes del ingreso, vómitos reiterados de alimentos y dolor abdominal difuso que luego se instala en H.D., donde la madre nota tumoración dolorosa que no se modifica. En el día del ingreso intensificación del dolor y detención del tránsito para materias.

A.A.: Tiene perros en su casa.

EXAMEN: Quejosa, mucosas bien coloreadas. T.R. 37°5, lengua saburral, dolorida. Duele espontáneamente y a la palpación abdominal con defensa y contractura en H.D. A ese nivel se palpa tumoración de límites imprecisos, dolorosa, solidaria con el hígado.

Hemograma: Hto: 38%. Hb: 13 g%. Leucocitosis: 10.200.

Diagnóstico de apendicitis subhepática, o quiste hidático hepático en sufrimiento.

OPERACION: 24/XII/81. Incisión transversa de H.D. constatándose: Vesícula biliar tensa y distendida, cístico engrosado. Quiste de colédoco infra y supracístico (tipo 1) de 8 cm de diámetro, pancreatitis edematosa con marcada induración difusa. Resto s/p. Se decide realizar colecistectomía y quistoyeyunostomía laterolateral con asa de Hivet-Warren modificada transmesocólica. Se deja drenaje subhepático. Buena evolución postoperatoria en apirexia, es dada de alta a los 8 días en buenas condiciones. Se realiza colecentellograma postoperatorio que demuestra buen pasaje del radiofármaco al duodeno.

Caso N° 2: W.S.R. 2 meses. Sexo masculino. Procedente del Interior. Consulta y es enviado por médico por ictericia desde el nacimiento en febrero de 1984. Los estudios funcionales hepáticos realizados muestran elementos de ictericia obstructiva. El gammagrama hepático realizado no muestra pasaje de bilis al duodeno.

La ultrasonografía hepática realizada señala que se constató hepatomegalia global y regular, discreta dilatación de la vía biliar intrahepática. No se identificó la vesícula biliar.

OPERACION: Se constata dilatación quística en el hilio hepático que se diseca, no constatándose vesícula biliar ni vía biliar extrahepática. La colangiografía ilo demuestra la dilatación quística, no visualizándose canalización intrahepática. Se decide realizar hepaticoyeyunostomía en asa de Y de Roux. Buena evolución postoperatoria. Está asintomática hasta el momento actual.

Caso N° 3: L.H. 5 años. Sexo femenino. Procedente de zona semirrural.

Mf: Ingres a el 12/8/84. Dolor en H.D. y flanco derecho. Vómitos.

E.A.: Desde hace 48 hs. presenta dolor abdominal y fiebre de 39°. Hace 24 hs. vómitos en dos oportunidades de alimentos, con deposiciones normales. Orinas colúricas.

A.E.A.: Hace 1 año vómitos de alimentos en episodios reiterados, tratados por médico que remitieron.

EXAMEN: Lúcida, apiretica, coluria, ictericia subconjuntival. En abdomen presenta dolor y defensa a la palpación superficial y profunda predominando en flanco e hipocondrio derecho, se palpa borde inferior hepático a 2 traveses de dedo por debajo del reborde costal. Borde superior hepático en 6° espacio. No se palpa bazo.

PARACLINICA: Funcional hepático: BT: 6.40, BD: 3.0, BI: 3.40, TGO: 240, TGP: 210. Radiografía simple de abdomen: Opacidad homogénea del HD que desplaza hacia la izq. la imagen gástrica y el colon. Ultrasonografía abdominal: en el sector paramediano y lateral derecho del hígado, se evidencia formación quística bien delimitada, anecogénica, con refuerzo posterior. Rodeando esta imagen se observan múltiples zonas de menor

tamaño, anecogénicas, mal delimitadas intrahepáticas. La imagen descripta tiene 14 cm de área. El resto del parénquima hepático es normal.

EVOLUCION: Retroceso de la ictericia, se palpa tumoración dolorosa a 4 traveses por debajo del reborde costal que abarca hipocondrio derecho y epigastrio, redondeada, de consistencia aumentada y de límites netos. Con diagnóstico de quiste hidático de hígado o quiste de colédoco, se decide la intervención.

OPERACION: 30/8/84. Se constata quiste de colédoco (tipo I) cuyo polo inferior se pierde por detrás del duodeno al que adhiere firmemente. El polo superior alcanza la confluencia biliar superior. Tiene 6 cm por 4 cm, no tenso y de paredes engrosadas. Colecistitis subaguda con pericolecistitis, y el cístico desembocando en pared lateral del quiste. Hígado de aspecto sano.

Se decide realizar Colecistectomía previa colangiografía transcística que por defecto técnico es de mala calidad y no permite extraer conclusiones. Se realiza quistoyeyunostomía en asa de Hivet-Warren modificada. Drenaje transcístico y subhepático.

Buena evolución clínica, se realizó al 14° día conlangiografía postoperatoria que mostró; buen drenaje del quiste por la anastomosis. Pasaje del contraste a duodeno por papila permeable pero filiforme. Dilataciones de la vía biliar intrahepática.

A los 30 días se repite colangiografía, que muestra: disminución de la imagen quística. Buen funcionamiento de la anastomosis y pasaje filiforme del contraste por la papila. Persisten imágenes de dilatación de la vía biliar intrahepática.

COMENTARIO

Se trata de 3 niños portadores de quistes coledocianos tipo I, según la clasificación de Alonso-Lej⁽²⁾ modificada por Saito⁽²⁸⁾.

Uno de ellos presentó la tríada clínica clásica: dolor, tumor e ictericia, hecho poco frecuente según varios autores^(2, 20, 28).

Los pacientes fueron tratados mediante el procedimiento de quistoyeyunostomía con asa diverticular. Para varios autores^(30, 31) este procedimiento es el más adecuado en estos casos.

Armand Ugon citado por Stajano⁽³⁰⁾ lo plantea como procedimiento deseable frente a otras derivaciones bilio-digestivas (quisto-duodenostomía) que conllevan el grave riesgo de colangitis.

Presenta como ventajas su mayor sencillez, menor mortalidad (2%)⁽²⁰⁾ que la resección completa del quiste (4%) y baja incidencia de colangitis.

Se ha aducido en su contra la posibilidad de estenosis debido a la ausencia de revestimiento mucoso de la pared del quiste, y el riesgo de cancerización del remanente quístico a largo plazo^(24, 32, 35).

Es esencial que la boca anastomótica se emplace en el sector más declive de la dilatación quística a los efectos de su buen drenaje.

La mayoría de los autores está de acuerdo en la colecistectomía, excepto aquellos que usan la vesícula como vía de derivación de alternativa⁽³⁷⁾.

La colecistectomía debe realizarse siempre debido al riesgo de litiasis y colecistitis.

La evolución de estos 3 niños ha sido buena hasta el momento actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACKERHOLM P. — Cholangiocarcinoma in a patient with biliary cyst. *Acta Chir. Scand.*, 147: 605, 1981.
2. ALONSO-LEJ F., REVER W.B., PESSAGNO D.J. — Congenital choledochal cyst with a report of 2 and an analysis of 94 cases. *Int. Abstr. Surg.* 108: 1, 1959.
3. ARTHUR G.W., STEWART J.O. — Biliary Cysts. *Br. J. Surg.* 51: 671, 1964.
4. BABBIT D.P. — Choledochal cyst: a concept of etiology. *Am. J. Roentgenol.* 119: 57, 1973.
5. BERMUDEZ O. — Dilatación congénita del hepatocolédoco. *Cir. Urug.* 31: 137, 1960.
6. BOWERS R.F. — Regarding postcholechojejunostomy ulcers in the human. *Arch. Surg.* 73: 18, 1956.
7. BROWNE H.J. — Choledochal cysts. *J. Ir. Med. Assoc.* 37: 208, 1955.
8. CABRERA M., BADANIAN R. — Quiste congénito de colédoco en una niña de 9 años. *Cir. Urug.* 40: 195, 1970.
9. CAROLI J., SOUPAULT R., KOSSKOWSKI J., PLOCKER L., PARADOWSKA M. — La dilatation polykystique congenitales des voies biliaires intrahepatiques. *Sem. Hop. Paris* 34: 488, 1958.
10. COSGRIFF J.H., WILLES Ch.E. — Choledochal cyst: a report of 8 cases. *IBA Annual Meeting*, 6°, Houston 1984.
11. CHOLENKERILL J.V., KETYER S., JOSHI R. — Demonstration of choledochal cyst by computed tomography. *Am. J. Gastroenterol.* 76: 148, 1981.
12. DAVIDENKO N., CASANOVA DE DAVIDENKO M., SOTELO J.R., MACHADO M., DAVIDENKO A. — Dilatación congénita de la vía biliar extra e intrahepática (Enfermedad de Caroli) Hepato-yeyunostomía. *Cir. Urug.* 50: 3, 1980.
13. GLASS T.A. — Choledochal cyst: sonographic evaluation of an unusual case. *South Med. J.* 73: 1392, 1980.
14. HOWARD E.R., MOWAT A.P. — Hepatobiliary disorders in infancy. Hepatitis extrahepatic biliary atresia intrahepatic biliary hypoplasia. *Recent Adv. Hepatol.* N° 1, Philadelphia, Churchill Livingstone, 1983.
15. JENNER R.E., HOWARD E.R., CLARKE M.B., BARRET J.J. — Hepatobiliary imaging: The use of 99 technetium puridoxilidide y glutamate scanning in a jundice adults and infants. *Br. J. Radiol.* 51: 862, 866.
16. KARJOO M. — Choledochal cyst presenting as acute pancreatitis. *Pediatrics* 51: 289, 1973.
17. KASAI M., ASAKURA Y., TAIRA V. — Surgical treatment of choledochal cyst. *Ann. Surg.* 172: 844, 1970.
18. KOMI N., TAKEHARA H., UDAKA H., HIYOSHI Y., NODA T., KAMEOKA K., TAUGE S., HIOO M. — Coexistent anomalies. Complications and proposed surgery in choledochal cyst. *I.B.A. Annual Meeting*, 6°, Houston, May 16/19/1984.
19. KELIN G.M., FROST S.S. — Newer imaging modalities for the preoperative diagnosis of choledochal cyst. *Am. J. Gastroenterol.* 76: 148, 1981.
20. LILLY N., ALTMAN P. — The liver and billiary tract. *R. Pediatr. Burg.* 827: 838, 1980.
21. LILLY J.R. — The surgery of biliary hipoplasia. *J. Pediatr. Surg.* 11: 815, 1976.
22. LONGMIRE W.P. Jr., MANDIOLA S.A., GORDON H.E. — Congenital cystic disease of the liver and biliary system. *Ann. Surg.* 1971: 174, 1971.
23. Mc ARTHUR M.S., LONGMIRE W.P. — Peptic ulcer disease after choledochojejunostomy. *Am. J. Surg.* 122: 155, 1971.
24. MacFARLANE J.R., GLENN F. — Carcinoma in choledochal cyst. *JAMA* 202: 91, 1967.
25. MARCOS J., YANNICELLI R. — Dilatación quística congénita del colédoco. *Arch. Pediatr. Urug.* 24: 654, 1953.
26. MORGAN C.L. — Ultrasonography in the diagnosis of a Type I choledochal cyst. *South Med. J.* 73: 1389, 1980.
27. NERO R.C., GENTILE I. et alii. — Enfermedades del hígado en la infancia. Buenos Aires. Panamericana, 1968, cap. 30, p. 583.
28. SAITO S., ISHIDA M. — Congenital choledochal cyst (cystic dilatation of the common bile duct), *Prog. Pediatr. Surg.* 6: 63, 1974.
29. SPITZ L. — Choledochal cyst: *Surg. Gynecol. Obstet.* 147: 95, 1978.
30. STAJANO C. — Dilatación congénita del hepatocolédoco. *Megacolédoco. Bol. Soc. Cir. Urug.* 17: 261, 1946.
31. TAIBO W. — Malformaciones congénitas de las vías biliares. *Cir. Urug.* 45: 410, 1975.
32. TODANI T. — Carcinoma arising in the wall of congenital bile duct cyst. *Cancer* 44: 1134, 1979.
33. TOMPKINS R., PITT H. — Surgical management of benign lesions of the bile ducts. *Curr. Probl. Surg.* 29: 7, 1982.
34. TROUT H.H., LONGMIRE W.P. — Longterm follow-up of patients with congenital cystic dilatation of the common bile duct. *Am. J. Surg.* 121: 68, 1971.
35. ISUCHIYA R. — Malignant tumors in choledochal cysts. *Ann. Surg.* 186: 22, 1977.
36. VARELA N., PRAVIA C. — Dilatación quística del colédoco. *Cir. Urug.* 40: 189, 1970.
37. WEISSMANN H.S. — Choledochal cyst complicated by acute cholecystitis and by-pass obstruction. *Clin. Nucl. Med.* 6: 395, 1981.
38. YAMAGUCHI M. — Congenital choledochal cyst. *Am. J. Surg.* 140: 653, 1980.
39. YAMASHIRO Y., SATO M., HOSHINO A. — Spontaneous perforation of a choledochal cyst. *Eur. J. Pediatr.* 138: 193, 1982.
40. YOTSUYANAGI S. — Contributions to aetiology and pathogeny of idiopathic cystic dilatation of the common bile duct report of 3 cases. *Gann* 30: 601, 1936.