

Cátedra de Patología Quirúrgica (Prof. M. Zarapico Romero)
Dpto. de Cirugía.
Hospital Universitario
SEVILLA

Dilatación Congénita de colédoco, a propósito de un caso

Dres.: Antonio Villa Díaz*; Luis Capitán Morales**; Juan Galán Alvarez**; Manuel Zarapico Romero***

INTRODUCCION

La dilatación quística de los conductos biliares es una anomalía congénita rara. Se reconoce que la denominación de quiste de colédoco es incorrecta, puesto que la dilatación suele afectar con mayor frecuencia al hepático común que al colédoco, y, en general, al hepatocolédoco, pero durante muchos años en la literatura se ha utilizado dicho nombre y aún permanece aunque siendo reconocida la inexactitud del término.

Aunque puede producir síntomas durante la lactancia, la dilatación congénita de colédoco suele cursar silente durante dicho período manifestándose más frecuentemente en el transcurso de las dos primeras décadas de la vida (ORLOFF, M. J., 1980) (5), y así, de los más de

500 casos notificados, el 83 por 100 de ellos fueron diagnosticados en pacientes menores de 30 años, afectándose en mayor proporción las mujeres (3-4/1).

Etiológicamente suele aceptarse la malformación congénita como la causa de la dilatación, sin embargo, diversos autores opinan que el quiste se debe a una obstrucción distal del colédoco actuando sobre un conducto biliar congénitamente débil (ORLOFF, M. J., 1980) (5).

Según ESCOBAR, H., SUAREZ, L. y CAMARERO, C. (1980) (2) se distinguen los siguientes tipos de dilataciones de colédoco:

DILATACION EXTRAHEPÁTICA:

- TIPO I: Dilatación del conducto biliar común.

* Jefe de Sección.

** Médico Adjunto.

*** Catedrático-Jefe de Departamento.

- TIPO II: Divertículo del conducto biliar común y la vesícula biliar.
- TIPO III: Coledococoele.

DILATACION EXTRAHEPATICA O INTRAHEPATICA:

- TIPO IV: Dilatación intrahepática y extrahepática múltiple.
- TIPO V: Dilatación intrahepática y extrahepática fusiforme.

LONGMIRE, W. P., MONDIOLA, S. A. y GORDON, H. E. (1971) (4) han añadido otro tipo que no ha sido recogido en la clasificación anterior en el que los conductos hepático y colédoco tienen múltiples divertículos; esta alteración ha sido denominada formación poliquística o diverticulosis de los conductos biliares.

MATERIAL Y METODOS

Enferma (M. P. L.) de 18 años, estudiante, soltera, sin antecedentes familiares de interés. Entre los antecedentes personales refería el haber sufrido en la infancia sarampión y varicela y con cuatro años, hepatitis.

El día 26 de agosto de 1981, tras ingerir abundante cantidad de coca-cola y fumado un gran número de cigarrillos, comenzó a notar intenso dolor abdominal difuso que se localizó más tardíamente en hipocondrio derecho y se irradió a región dorsal, acompañándose de náuseas y vómitos biliosos así como dificultad al respirar. Por este motivo acudió de Urgencia al Servicio de Medicina Interna donde además de la historia ya referida la enferma contó haber perdido el

apetito y peso -dos a tres kilos- en los últimos meses, presentando asimismo estreñimiento habitual de dos a tres días.

La exploración revelaba una subictericia conjuntival y en abdomen, tras una inspección de características normales, se palpaba un vientre blando y depresible, aunque algo defendido y doloroso en hipocondrio derecho y en el que destacaba una maniobra de Murphy positiva.

A su ingreso se le practicaron analíticas de rutina de urgencia y una radiografía simple de abdomen. El hemograma era normal pero presentaba una elevación de la cifra de amilasa en sangre de 283 U.S. y en orina aparecía un sedimento con 25 a 30 leucocitos por campo. En el estudio radiológico simple de abdomen no se apreciaban otros datos. Fue diagnosticada de reacción pancreática y sometida a tratamiento con aspiración nasogástrica y sueroterapia. Tras elevarse la amilasa hasta alcanzar 493 U.S., en los días sucesivos, la enferma mejoró clínica y analíticamente.

Al octavo día de su ingreso la paciente aún continuaba con molestias abdominales, elevándose la cifra de leucocitos hasta 12.000 con 87 segmentados en la fórmula leucocitaria. Por otra parte, en el estudio bioquímico que se efectuó se apreciaba una elevación de la bilirrubina (total = 2,30 mg. por 100, directa = 1,6 mg. por 100) y de la fosfatasa alcalina y la SGOT -243 U/L y 74 U/L respectivamente-. Las pruebas de coagulación daban un TP del 60 por 100.

Se le practicó una colecistografía intravenosa (Fig. 1) en la que se encontró una imagen que fue interpretada como un agrandamiento



FIGURA 1. Colecistografía intravenosa en la que se aprecia imagen que se interpretó como vesícula hidrópica.

marcado de la vesícula biliar que llegaba a medir 8 por 12 cm., siendo compatible con colecistitis, así como algunos niveles hidroaéreos en intestino delgado. Igualmente fue sometida a la práctica de una ecografía abdominal (Fig. 2) en la que el hígado presentaba una dilatación de vías biliares intrahepáticas en la región próxima al hilio, apreciándose lo que se interpretó como un hidrops vesicular muy marcado con dimensiones vesiculares de 13,4 por 7 cm. y en el interior imágenes sospechosas de cálculos. Con todos estos datos se estableció el diagnóstico de obstrucción incompleta de vías biliares secundarias a compresión por probable vesícula hidrópica, así como la indicación quirúrgica.

Se efectuó una laparotomía subcostal de KOCHER y se exploró la cavidad peritoneal encontrando una gran masa quística del tamaño de 14 por 8 cm. independiente de vesícula biliar que se localizaba debajo de hígado y que desplazaba a duodeno y páncreas cefálico hacia abajo. Tras liberar la vesícula de fondo a cuello se encontró un cístico sumamente dilatado, a través del cual se practicó una colangiografía apreciando que éste desembocaba en un gran quiste biliar, no rellenándose ni los hepáticos ni el colédoco terminal. Se extirpó la vesícula y se abrió la cavidad quística (Fig. 3) de donde salieron gran cantidad de bilis y algunos cálculos. Se exploró el colédoco terminal apreciando que éste se encontraba filiforme, aplastado y acodado por la masa quística en una longitud de unos 2 cms. antes de hacerse retroduodenal. Se ligó el colédoco

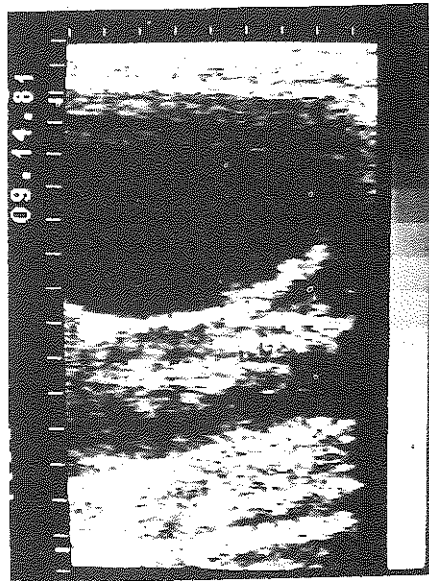


FIGURA 2. Ecografía abdominal (RD: riñón derecho, V: vesícula biliar) compatible con hidrops vesicular.

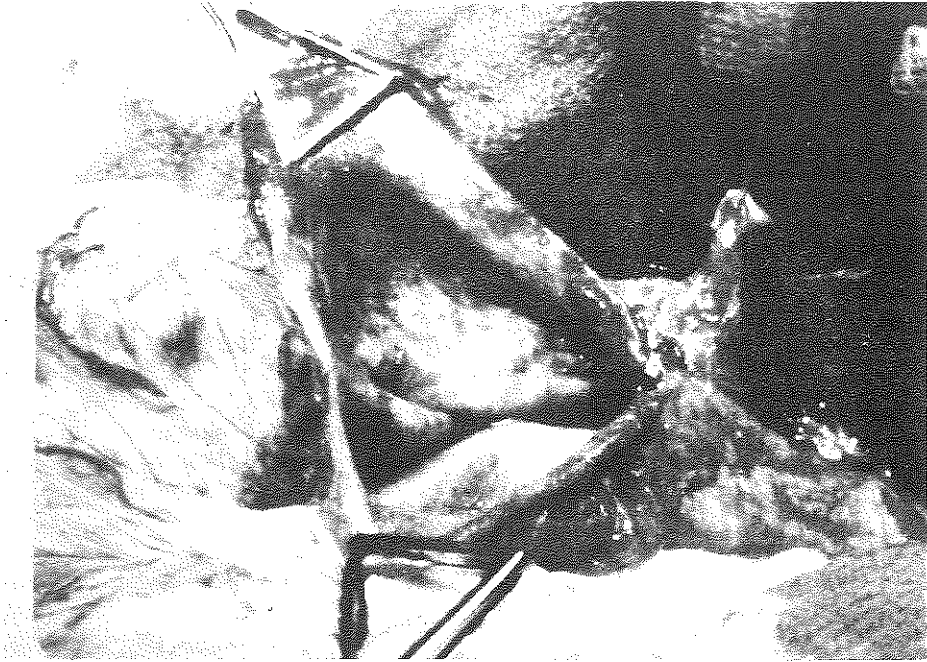


FIGURA 3. Imagen intraoperatoria de la dilatación congénita de colédoco.

terminal y se extirpó el quiste a nivel del hepático, procediendo a una anastomosis bilio-digestiva entre el hepático y un asa yeyunal en Y de Roux, dejando un tubo en T en los hepáticos que se hizo pasar por el asa desfuncionalizada, abocándose a piel mediante técnica de Witzel. Se dejó un drenaje de Penrose en fosa de Morrison y se suturó la cavidad por planos.

El informe anatomopatológico (Fig. 4) confirmó la ausencia de otra patología tanto en vesícula, que presentaba una colecistitis crónica y colesterosis, como en la vía biliar principal que tan sólo presentaba la dilatación quística.

Tras un postoperatorio sin complicaciones la enferma marchó de alta a los 12 días con los puntos quitados y en buen estado general. Se ha revisado a los tres, seis y

nueve meses encontrándose asintomática y en excelente estado general.

DISCUSION

El colédoco terminal que evidenciamos durante la intervención era extremadamente filiforme, por lo que opinamos, que la obstrucción distal del colédoco actuando sobre una vía biliar congénitamente débil fue la causa de esta dilatación quística, etiología, como ya indicamos, sugerida por diversos autores, entre ellos ORLOFF, M. J. (1980) (5).

Hemos de hacer mención de que, dada la rareza de este proceso, el hecho de debutar con una pancreatitis aguda y seguir acompañado de un proceso inflamatorio de la vía biliar, ha hecho extremadamente

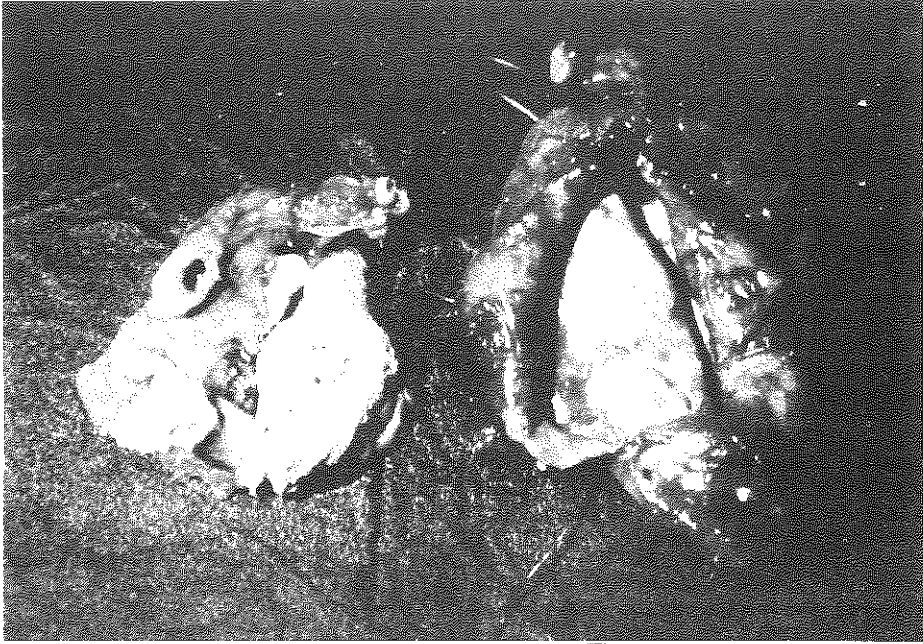


FIGURA 4. Piezas operatorias.

difícil, a pesar de los métodos auxiliares empleados, llegar a un diagnóstico preoperatorio correcto.

Debido a que se trataba de un quiste de colédoco de voluminoso tamaño —14 x 8 x 12 cm.— de paredes finas y atónicas y que interesaba la vía biliar principal desde un cm. por debajo de la confluencia de los hepáticos hasta 1 ó 2 cm. en los que el colédoco distal, que era filiforme, se hacía retroduodenal con un cístico que abordaba la dilatación en su centro, nos encontramos con la imposibilidad de conservar parcialmente pared coledociana para practicar una plastia tubular. Por otra parte, al ser la vía biliar principal terminal filiforme no nos era útil para la recomposición de la misma, por lo que optamos por la ligadura coledociana, practicando a continuación la exéresis del quiste.

La extirpación total de la cavidad quística la consideramos imprescindible, aunque SABISTON (7) afirma que se realiza poco en Estados Unidos debido a la gran dificultad técnica de su realización, ya que la garantía del buen funcionamiento de la anastomosis bilio-digestiva viene dada por una pared de la vía biliar totalmente fisiológica aunque ésta se encuentre dilatada por el éstasis previo, lo que no encontraríamos nunca en las paredes dilatadas del quiste. El paso de la bilis si no se extirpa la dilatación en su totalidad no sería continuo y fluido y se provocarían remansos biliares con las consiguientes complicaciones.

El abocamiento directo a duodeno practicando una hepático-duodenostomía nos podría presentar el problema de reflujo alimentario con crisis de colangitis consi-

guiente, incrementando las posibilidades de estenosis anastomótica en una enferma que, por su juventud, ha de ser portadora de la misma durante muchos años en lógica previsión. Por esta razón desistimos de esta técnica.

La interposición de un segmento yeyunal desfuncionalizado entre el hepático común y el duodeno, técnica que hemos empleado en alguna ocasión, nos pondría al abrigo de la regurgitación alimentaria, pero planteando la posibilidad de torsión del pedículo vascular. Dicho procedimiento nos obligaría a practicar tres tipos de anastomosis: hepático-yeyunal, yeyuno-duodenal y yeyuno-yeyunal.

En definitiva, y ante lo expuesto —de acuerdo con PATEL (6)— nos inclinamos a practicar como más idónea la derivación bilio-digestiva hepático-yeyunal— en Y de Roux, lo que nos proporcionó un asa larga desfuncionalizada sin problemas de irrigación, ni de reflujo alimentario, conllevando sólo dos anastomosis y ofreciéndonos la comodidad de practicar con toda facilidad el drenaje interno de la anastomosis bilio-digestiva.

La colecistectomía, por último, aunque la aconsejamos siempre en este tipo de patología, en el caso que nos ocupa era totalmente obli-

gada dado que el cístico abocaba a la dilatación quística en su diámetro mayor.

BIBLIOGRAFIA

1. CAROLI, J.: «Diseases of the intra-hepatic biliary tree». *Clin. Gastroenterol.*, 2: 147, 1973.
2. ESCOBAR, H.; SUAREZ, L. y CAMARERO, C.: «Colestasis en la infancia». *Gastrum*, 84, septiembre, 1980.
3. KASAI, M.; ASAKURA, Y. y TAIRA, Y.: «Surgical treatment of choledochal cyst». *Ann. Surg.*, 172: 844, 1970.
4. LONGMIRE, W. P.; JR. MONDIOLA, S. A. y GORDON, H. E.: «Congenital cystic disease of the liver and biliary system». *Ann. Surg.*, 174: 711, 1971.
5. ORLOFF, M. J.: «Sistema biliar». En: Tratado de Patología Quirúrgica de SABISTON, D. C., Ed. Interamericana, 11.ª Edición, Tomo I, 1980.
6. PATEL, J.; PATEL, J. C. y LEGER, L.: «Tratado de técnica quirúrgica». Tomo XII, 2.ª Parte, Ed. Toray-Masson, S.A., 257-258.
7. SABISTON, D. C.: «Tratado de Patología Quirúrgica». Ed. Interamericana, 11.ª Edición, Tomo I, 1980.
8. TSARDAKAS, E. N. y ROBNETT, A. H.: «Congenital cystic dilatation of common bile duct; report of 3 cases, analysis of 57 cases, and review of literature». *Arch. Surg.*, 72: 311, 1956.