

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DILATACION QUISTICA DEL CONDUCTO COLEDOCO"

(Estudio retrospectivo en los Hospitales: General
"San Juan de Dios" y Militar Central
durante el período comprendido de
Mayo de 1968 - Mayo de 1981)

OSCAR ERNESTO PORRAS AGUILAR

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. ANTECEDENTES
- V. DESCRIPCION
- VI. ETIOLOGIA
- VII. INCIDENCIA
- VIII. ANATOMIA PATOLOGICA
- IX. CLASIFICACION
- X. SINTOMATOLOGIA
- XI. DIAGNOSTICO
- XII. TRATAMIENTO
- XIII. REVISION DE CASOS
- XIV. ANALISIS
- XV. CONCLUSIONES
- XVI. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las dilataciones quísticas del conducto Colédoco, constituyen una anomalía congénita poco común; y su presencia plantea una problemática diagnóstica, tanto en el paciente neonato, como en los niños y adultos al simular procesos hepatobiliares de diversa etiología. Constituye también un problema terapéutico, al tener que decidir por un procedimiento quirúrgico adecuado al caso.

La frecuencia real de los Quistes del Colédoco no es posible de determinar, en vista de que en muchos de los casos hay un curso asintomático, se efectúa un diagnóstico erróneo o no son reportados en la literatura internacional.

En nuestro medio no encontré estudios bibliográficos del tema en cuestión, limitándose la información obtenida a casos reportados en la literatura extranjera.

Considerando que en Medicina la rareza de un proceso patológico no es la excepción, y que es importante conocer algo de esta enfermedad en nuestro medio, tomé la determinación de efectuar la presente investigación; presentándola como estudio de Tesis previo a optar al Título de Médico y Cirujano.

OBJETIVOS

1. Conocer e informar, la frecuencia con que se ven las dilataciones quísticas del Colédoco en los Hospitales General "San Juan de Dios", y Militar Central.
2. Informar sobre la Etiología, Patología, Procedimientos diagnósticos y medios terapéuticos actuales de la entidad en estudio.
3. Presentar 3 casos interesantes de Quistes del Colédoco.
4. Diferenciar el problema y su tratamiento de otras colangio-hepatopatías que se manifiestan en la infancia y niñez.
5. Aportar a los medios de Literatura Médica de Guatemala, la primera tesis de graduación sobre Quistes del Colédoco existente en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL: Estudio de los casos de Quiste del Colédoco en los Hospitales General "San Juan de Dios" y Militar Central, en un período de tiempo que comprendió del 1o. de Mayo de 1968 al 1o. de Mayo de 1981.

Se efectuó una revisión de los libros de registro operatorio, en las Salas de Cirugía, Pediatría y de Adultos; a los pacientes con Diagnóstico de Quiste del Colédoco se les tomó el No. de Expediente, estudiándose este en los archivos de los Hospitales antes mencionados.

METODOS:

1. Método retrospectivo de Investigación.
2. Método Bibliográfico de Investigación.

ANTECEDENTES

Una de las primeras descripciones anatomopatológicas de los Quistes del Colédoco, fué publicada en 1852 por Douglas A.H. (3) Yotsuyanagi en 1936 presenta una hipótesis propia sobre la etiología de los quistes (4, 1).

A partir de los autores anteriores se efectuaron revisiones más completas, como la de Shallow y Asociados (4) que presentan en 1943 175 casos; 12 años más tarde Tsardakas y Robbnet reportan 232 casos (4), Alonso-Lej y Co. 403 casos en 1959. La literatura inglesa reporta 88 casos durante los años de 1961 a 1968 (2), en éste último los Drs. Warren, Kune y Hardy presentan 11 casos nuevos de Quistes del Colédoco diagnosticados y tratados en la Lahey Clinic Foundation (4); así como los Drs. Soon Lee y Soo Kim presentan 9. Hasta 1969 la literatura inglesa había recopilado un total de 500 casos, reportados en la literatura mundial (1).

DESCRIPCION

Los Quistes del Colédoco consisten, en una dilatación (aneurismática o diverticular) localizada en el conducto Colédoco entre la vesícula Biliar y la Ampolla de Vater en el Duodeno. Se manifiestan por una tríada clásica de: Ictericia, dolor abdominal y masa abdominal palpable.

La mayoría de autores concuerdan en que esta lesión tiene un origen congénito (7), publicándose en base a esta hipótesis numerosas teorías (4). El tamaño es variable: pudiendo

ser del tamaño de una arveja, o constituir una gran dilatación quística con capacidad de varios litros (1). Su forma y constitución macroscópica ha permitido su clasificación en 4 grupos (4, 1). El tratamiento es quirúrgico, el cual consiste en efectuar un drenaje del quiste hacia el intestino, para lo cual se prefiere la Cistoyeyunostomía por la técnica de y de Roux, y la Cistoduodenostomía; pudiéndose efectuar la resección del quiste bajo determinadas circunstancias.

ETIOLOGIA

La etiología del trastorno es desconocida, la mayoría de autores concuerdan en que el origen es congénito, pudiéndose iniciar hacia la cuarta semana de gestación, en la cual se inicia la formación del sistema biliar, apartir de la pared ventral del Duodeno (7).

Para explicar esta condición se han propuesto varias teorías, siendo la más probable, y la que explica el mayor número de casos la de Yotsuyanagi (4). Según este autor los Quistes del Colédoco se deben a una proliferación desigual de las células epiteliales en el período de desarrollo embrionario, en el cual el Colédoco está todavía sólido. Si en esta etapa, se produce una proliferación de células mayor en el segmento superior comparada con el segmento inferior, la parte superior del conaucto va a quedar anormalmente ancha y la inferior relativamente delgada, cuando la recanalización ocurra posteriormente (1).

El defecto embriológico va a producir debilidad en la pared del conducto biliar, en un segmento específico, causando adelgazamiento en el área distal de debilidad.

INCIDENCIA

Alonso-Lej y Co. (1), observaron que en 1 de cada 3 casos reportados por autores japoneses, los orientales mostraron particularmente estar más afectados.

El Quíste del Colédoco ocurre en mujeres 3 veces más frecuente que en los hombres (4). En los 97 casos revisados por Soon Lee y Soo Kim (4), el 79.4% correspondía a las mujeres. En la revisión de los 91 casos, reportada por Shimizu y Tanka en Japón en 1964, el 69.2% eran mujeres; similares resultados se obtuvieron en los 89 casos revisados por Utsu mil y Co. con 78.7% en mujeres.

La incidencia de Quistes del Colédoco por edad y sexo es evidenciada en los 259 casos recopilados de la literatura mundial (1).

Incidencia de Quistes del Colédoco por edad y sexo (1)

EDAD	VARONES	MUJERES	PORCENTAJE
Menores de 1 año	11	20	12.0
de 1 a 5 años	4	30	13.1
de 5 a 10 años	11	22	12.7
de 10 a 20 años	9	46	21.2
de 20 a 30 años	8	44	20.3
de 30 a 50 años	6	28	13.0
de 50 a 80 años	4	16	7.7
TOTAL	53	206	100.0

Aunque nuestra incidencia no es muy representativa, es

la experiencia que tenemos sobre esta entidad; por lo que presentamos la incidencia obtenida en lo que respecta a edad y sexo.

Incidencia de Quistes del Colédoco por edad y sexo en los Hospitales "San Juan de Dios" y Militar Central.

EDAD	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO
33 días		1
1 año 10 meses	1	
11 años	1	
TOTAL	2	1

ANATOMIA PATOLOGICA

El tamaño de los quistes varía entre 3 y 25 Cms. (8). La pared del quiste varía en su espesor, de 1mm a casi 1 Cm; va a estar constituida por tejido fibroso extenso recubierto por epitelio cuboidal o columnar, siendo más frecuente que esta cobertura epitelial esté ausente; además sobresale la ausencia de músculo. El árbol biliar arriba de la dilatación quística se encuentra algo dilatado en contraste con la porción inferior, la cual usualmente se encuentra estrechada en su luz. El quiste generalmente suele estar netamente delimitado, comienza distal con relación al ingreso del Conducto Cístico, y acaba por encima del Duodeno (3).

Como puede observarse en las revisiones de los casos publicados por diversos autores, los quistes del Colédoco tienen un contenido de bilis, la cual suele estar alterada y muchas veces infectada por gérmenes Gram-Negativos, infección que es favorecida por la éstasis biliar.

El hallazgo de Cálculos biliares en el interior del quiste es raro, en nuestros casos ninguno tenía cálculos en su interior; puede producirse una ruptura traumática o espontáneas, así como puede haber una transformación maligna en el interior del quiste. La incidencia de Carcinoma ocurrida con la dilatación congénita del sistema biliar es de 2.4% o aproximadamente 20 veces más grande en la población general (1, 9).

El quiste puede comprimir la Vena Porta, producir una obstrucción del Conducto Hepático Común por torsión o enroillamiento; la causa más frecuente de obstrucción del Conducto Colédoco, va a ser la estrechez del Colédoco distal (1).

Los procesos obstructivos y/o comprensivos van a conducir a una hipertensión portal y Cirrosis Biliar; pudiendo presentarse una Pancreatitis por compresión del Conducto Pancreático. La Colangitis y la Cirrosis Biliar generalmente son complicaciones tardías de una vieja obstrucción biliar. Raramente un Neonato puede desarrollar serias complicaciones por Peritonitis Biliar como manifestación inicial de la ruptura del quiste.

CLASIFICACION

Los Quistes del Colédoco pueden clasificarse en tres grupos según Tsardakas y Robbnet (4); Longmire y Co. (1) propusieron además un cuarto tipo, el cual es incluido a continuación.

- Tipo I. Consiste en una dilatación aneurismática del Colédoco, es la anomalía más frecuente. Anatómicamente el árbol biliar arriba de la dilatación quística está algo dilatado y el conducto terminal común está delgado.
- Tipo II. Se caracteriza por un divertículo que crece a un lado de la pared del Colédoco. Estos casos son raros; el árbol biliar puede estar normal o un poco dilatado y la ictericia es poco frecuente. La debilidad del conducto común se cree que está limitada a una pequeña área a un lado del conducto.
- Tipo III. La lesión es conocida como Coledococoele. Comprende la porción intraduodenal de la pared del Colédoco abarcando la entrada del Conducto Pancreático. Está cubierto por mucosa duodenal por dentro y por fuera. Usualmente produce síntomas de obstrucción duodenal, pero rara vez alcanza el tamaño de los anteriores.
- Tipo IV. Consiste en divertículos múltiples en los conductos Hepático y Colédoco, es un tipo muy raro y se conoce como formación poliquística o Diverticulosis de los conductos biliares.

Incidencia de los diferentes tipos de Quistes del Colédoco, en una revisión de 97 casos (1).

TIPO	No. CASOS	PORCENTAJE
I	86	88.6
II	2	2.1
III	5	5.2
Desconocidos.	4	4.1

No se hace referencia de la incidencia del tipo IV propuesto por Longmire.

En nuestros casos, solo hubo una descripción completa del tipo de Quiste del Colédoco, el cual correspondió al tipo I; en los otros 2 casos no se pudo determinar, en vista que la descripción en el Record Post-Operatorio fué muy vaga.

SINTOMATOLOGIA

Las manifestaciones clínicas del Quiste del Colédoco suelen ser intermitentes, y se deben al llenado del quiste con líquido, y a la presión que se produce como consecuencia en el árbol biliar (8). Secundario a ésta alteración la literatura menciona una tríada clásica de un Quiste del Colédoco, que incluye: "dolor abdominal, Ictericia y masa abdominal palpable".

El dolor abdominal suele percibirse en el cuadrante superior derecho del abdomen pudiendo irradiarse hacia adelan-

te o atrás. Generalmente es de tipo cólico y más intenso durante las crisis de ictericia, pero puede presentarse en forma de un dolor sordo y constante.

La ictericia obstructiva con coluria y acólia, al inicio suele ser intermitente; pero sobre todo en lactantes, puede ser continua y despertar sospecha de una atresia de vías biliares. En los casos del Dr. Eric Fonkalsrud (1), la ictericia obstructiva y vómitos ocasionales fué el problema predominante.

La masa se localiza en el cuadrante superior derecho del abdomen, es lisa, aislada, muchas veces móvil, típicamente quística y no dolorosa a la palpación, pudiendo variar sus dimensiones de vez en cuando.

Incidencia de síntomas y signos en 97 casos de dilataciones quísticas del Colédoco (4), y de los 500 casos reportados en la literatura mundial (1).

SINTOMAS Y SIGNOS	97 casos (4)		423 casos (1) (*)	
	No.	%	No.	%
Tríada clásica de:				
Ictericia.....	66	67.0	295	69.8
Dolor abdominal ...	60	60.9	268	63.4
Masa abdominal ...	51	52.6	274	64.8
Heces acólicas	38	39.2	...	
Hepatomegalia ...	35	36.1	...	
Vómitos	35	36.1	...	
Bilirrubina en orina	34	35.0	...	
Fiebre y escalofríos	32	33.0	...	
Otros: Esplenomegalia, petequias, epistaxis, diarrea, bajo peso, etc...				

(*) De un total de 500 casos, 423 fueron empleados para el estudio.

Incidencia de síntomas y signos en 3 casos de dilataciones quísticas del Colédoco, presentado en el presente estudio.

SINTOMAS Y SIGNOS	No. DE CASOS
Ictericia	3
Acólia	2
Orina Coca-Cola	2
Anorexia	1
Dolor abdominal	1
Circulación colateral abdomen	2
Hepatomegalia	3
Distensión abdominal	2
Pérdida de peso	1
Eritema Periorbitario	1
Diastasis de rectos	1
Prurito	1
Fiebre	1

Aproximadamente en la tercera parte de los pacientes, falta alguno de los tres elementos de la tríada como en nuestros casos; pudiendo ser síntomas adicionales en algunos casos, la fiebre y escalofríos (generalmente indicarán Colangítis), náuseas, vómitos, anorexia; así como la sintomatología propia de las complicaciones que va a producir el quiste, si no recibe el tratamiento oportuno. Ej: La Cirrosis Biliar e Hipertensión Porta con todas sus secuelas.

La duración de los síntomas es variable, siendo en promedio de 1 a 5 meses, pudiendo ser intermitentes y con duración de 5 a más años en un 25% de los pacientes.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico puede ser establecido encontrando la clásica tríada de dolor abdominal, masa abdominal palpable e ictericia. Particularmente en niños o adultos jóvenes, y con mayor razón si se trata de mujeres. Según revisiones de Alonso-Lej (1), el 45% de casos de Quistes del Colédoco correspondió a menores de 10 años; de tal manera que los datos anteriores deberían de hacer el diagnóstico de Quiste congénitos del Colédoco, y tomarse como primero en el diagnóstico diferencial (4). Aparte de la sintomatología clínica antes mencionada, las pruebas de función hepática y los estudios radiológicos serán de valiosa ayuda.

1. Pruebas Hepáticas: Evidenciarán una ictericia obstructiva, y diversos grados de lesión hepática.
2. Radiografías simples de abdomen: Pueden revelar una masa radioluciente que desplaza al estómago; así como al Cólon de sus posiciones normales.
3. Serie Gastroduodenal (SGD): Muestra desplazamientos anteriores e inferiores del Estómago; así como una masa radioluciente que desplaza Estómago y Cólon de su posición habitual. En los casos de Coledococoele usualmente se encuentran formas con figuras de Pólipos en la segunda porción del Duodeno, sin desplazamiento de vísceras gastrointestinales.
4. Colecistografía oral: Usualmente no es de mucha ayuda (1). Si el paciente no sufre de ictericia, una Colecistografía oral puede mostrar la vesícula biliar en forma de coma situada por encima del Duodeno (3).

5. Colangiografía IV: Puede mostrar el Quiste del Colédoco cuando hay ausencia de ictericia, en pacientes después de los primeros años de vida.
6. Colangiografía Percutánea: Según Kenneth y Warren (3), este procedimiento no ha sido empleado en sus pacientes con Quiste del Colédoco, pero puede ser un procedimiento útil para la localización del quiste. Actualmente es un procedimiento de empleo más difundido en nuestro medio, que puede ser útil en el manejo de pacientes ictericos; pudiéndose efectuar diagnósticos preoperatorios en diversas patologías biliares (Neoplasias, Cálculos, etc. inclusive Quistes del Colédoco) (10, 11).
7. Pielografía IV: Puede indicarnos la diferencia entre una masa abdominal en varios casos, y una masa renal (Tumor de Willms).
8. Centellografía Ultrasónica: Ha sido útil para descubrir la masa abdominal en varios casos y está disponible como medio diagnóstico en nuestro medio.
9. Tomografía Computarizada Axial: Nos permite la localización de un Quiste del Colédoco con relativa exactitud, su costo es elevado; pero bajo determinadas circunstancias es un procedimiento necesario para un correcto diagnóstico preoperatorio.

Es importante establecer un diagnóstico preoperatorio correcto en vista de los efectos que va a tener sobre la mortalidad; de tal manera que en los casos en los cuales el diagnóstico ha sido correcto o se ha sospechado, la mortalidad ha sido de 30.5% en contraposición con la mortalidad de 56.6% en

que se ha dado un diagnóstico falso.

El fracaso en establecer un diagnóstico preoperatorio correcto se debe a que el Quiste del Colédoco no suele ser considerado en el diagnóstico diferencial.

En los 97 casos analizados por Soon Lee y Soo Kim (4), se efectuó un diagnóstico preoperatorio correcto en 66 pacientes, y en número de 27 fué sospechado. En nuestra casuística se efectuó un correcto diagnóstico preoperatorio en 2 casos, y en 1 caso el diagnóstico fué falso.

Diagnóstico radiológico efectuado en 97 casos de Quiste del Colédoco (4).

EXAMENES RADIOLOGICOS	No. DE CASOS	No. POSITIVOS
Serie Gastrointestinal.....	29	21
Series de Vesícula Biliar ...	28	26
Colangiografía Intravenosa ..	19	17
Enema de Bario	9	4
Pielografía Intravenosa	8	6
Rx. Simples de Abdomen ...	7	7

Procedimientos diagnósticos en 3 casos de Quiste del Colédoco y reportados en este estudio.

EXAMENES	No. DE CASOS	No. POSITIVOS
Pruebas Hepáticas	3	3
Rx. Simples de Abdomen ...	2	1
Serie Gastrointestinal	1	1
Centellografía Ultrasónica ..	1	1
Tomografía Computarizada ..	1	1

TRATAMIENTO

El tratamiento de un Quiste del Colédoco es quirúrgico, en vista de que los pacientes que no reciben dicha atención suelen morir (3). La mayoría de autores están de acuerdo en que el tratamiento consiste en drenaje quirúrgico hacia el intestino una vez se establece el diagnóstico.

La marsupialización y la Cistogastrostomía actualmente solo tienen valor histórico (1). La aspiración del quiste está condenada porque no modifica la anatomía fundamental, predispone a la peritonitis biliar y tiene elevada mortalidad (3). Un simple drenaje externo tampoco está indicado, excepto en pacientes graves con ictericia y función hepática deficiente, que no toleran bien otro procedimiento.

Actualmente los mejores métodos de tratamiento incluyen la resección del quiste, y/o algún tipo de anastomosis intestinal. Hay divergencias en los autores respecto a considerar cual es el mejor método de tratamiento. Una técnica defendida por muchos Cirujanos es la Cistoduodenostomía, la cual está particularmente indicada en lactantes y niños (3).

Aunque la mortalidad operatoria suele ser baja, un 30% de pacientes presentarán estenosis de la anastomosis o Colangitis recurrente (3, 1), por reflujo del contenido gastrointestinal hacia el sistema biliar. Años más tarde de practicada la Cistoduodenostomía se han observado casos de muerte súbita o inesperada (2). La anastomosis deberá colocarse en la parte más declive del quiste, con el fin de asegurar un buen drenaje biliar.

La Cistoyeyunostomía tipo Y de Roux se ha empleado

con bastante frecuencia como método para drenar los quistes del Colédoco (3, 4, 8), esta técnica consume mayor tiempo que la Cistoduodenostomía, pero la frecuencia de estenosis y las Colangitis post-operatorias son menos frecuentes, en vista que el reflujo del contenido gastrointestinal hacia el árbol biliar es menor (3, 4); este reflujo se reduce al combinar la Cistoyeyunostomía con una Enteroenterostomía (6).

Se ha preconizado por una modificación de la técnica en Y de Roux, mediante la cual no es necesario cortar el Mesenterio, y el reflujo gastrointestinal es reducido al mínimo. Consiste en una Colecistoyeyunostomía o Coledocoyeyunostomía en asa; con Enteroenterostomía para desviación y oclusión de la rama proximal del yeyuno, entre la Enteroenterostomía y la Coledocoyeyunostomía, mediante una serie de puntos finos de colchonero con material de seda (6).

La extirpación del quiste con anastomosis hepática-intestinal ha sido practicada por autores japoneses, y con poca frecuencia en los Estados Unidos de Norteamérica; se recomienda para los quistes relativamente pequeños, que pueden disecarse separándolo de las estructuras vecinas (6).

El riesgo operatorio con esta técnica es mayor que con la Colecistoduodenostomía con la Cistoyeyunostomía, pero los resultados finales de la extirpación suelen ser buenos (6).

La Colangitis se observa excepcionalmente si no hay obstrucción extra o intrahepática de los conductos principales (12). Por lo regular la Colangitis se acompaña de fenómenos inflamatorios semejantes en la vesícula biliar (12).

Entre los síntomas que produce la Colangitis están la fiebre, escalofríos, y dolor en el cuadrante superior derecho.

El Agente Etiológico suele ser un Gram-negativo, más frecuentemente la E. Colí, así como el Enterococo y los Bacteroides. Son relativamente comunes la Kliebsiella, Aerobacter, Proteus y el Estreptococo Anaerobio (13).

La tetraciclina u otro antibiótico de Amplio Espectro se ha reportado que da buenos resultados (1), aunque hay que recordar que si hay obstrucción del Cístico o Colédoco las Tetraciclinas no penetran en la bilis vesicular o coledociana (14). Otro aspecto a tomar en cuenta es que los pacientes quirúrgicos tratados con Tetraciclina, presentan una mayor incidencia de super-infección a Estafilococo (15). Otros Antibióticos de importancia por alcanzar concentraciones aceptables en la bilis, y cubrir a los Microorganismos Gram-Negativos; son los Aminoglucósidos (Gentamicina y Kanamicina) de gran actividad contra E. Colí, Enterobacter Aerógenes y Proteus (14). La Rifamicina SV., alcanza también una muy elevada concentración en la bilis, pudiendo actuar aunque los gérmenes no sean muy sensibles (14). Ocasionalmente se necesitará la revisión quirúrgica de la anastomosis. (1).

Algunos autores están a favor de la Colectistectomía incidental, refiriendo una importante frecuencia post-operatoria de Colectistitis y Litiasis (8). Se ha reportado un 10% de incidencia de úlceras pépticas luego de una Coledocoyeyunostomía (1), aspecto que deberá tomarse en cuenta en la evaluación tardía de los pacientes operados.

Cuando los Quistes son muy voluminosos, y la porción más declive es retroduodenal, se recomienda la inserción de una sonda con extremo ensanchado en la parte más baja del quiste, la cual se hará salir por transfixión al exterior de la pared abdominal, luego de efectuada la Cistoyeyunostomía.

El tratamiento del Coledococoele se hace mediante extirpación transduodenal de la pared del quiste, de modo que se produzca una amplia abertura a través del Duodeno.

Los resultados a largo plazo del tratamiento quirúrgico de los Quistes del Colédoco son buenos, aunque a veces son necesarias nuevas operaciones secundarias, para corregir complicaciones como la estenosis.

Operación practicada en los pacientes con Quiste del Colédoco que se presentan en este estudio.

TIPO DE OPERACION	No. CASOS
Cistoduodenostomía	1
Cistoyeyunostomía	1 (*)
Resección del quiste con	
Hepatoyeyunostomía	1

(*) Este paciente fué reintervenido posteriormente y se le efectuó una Colectistoduodenostomía.

REVISION DE CASOS

CASO No. 1:

Paciente M.M.H. Registro Médico No. 03346/69, femenino de 11 años de edad, ladina originaria de Villa Canales; que es admitida a la sala de Cirugía de Niñas del Hospital General "San Juan de Dios" el 19 de Febrero de 1969, por presentar Ictericia, Orina Color Coca-Cola y Acolia.

En Historia la madre de la paciente refiere, que desde el 15 de Diciembre de 1968 la paciente comenzó con los ojos amarillos y progresivamente se instaló orina color Coca-Cola, evacuaciones blanquecinas, anorexia, y períodos de dolor abdominal de localización difusa. Por presentar más amarillos los ojos, y aparecer ésta coloración en la piel fué atendida por Médico Particular quien le trató como una Hepatitis; al no observar mejoría en la niña la madre le llevó al Hospital "María Teresa", lugar del cual fue referida con Impresiones Clínicas de: Quiste del Colédoco, Neoplasia de Vesícula Biliar, de Hígado y Colecistitis Crónica Calculosa.

En sus antecedentes, la paciente fué producto de un embarazo a término y Parto Eutósico Simple atendido por Comadrona; tiene 5 hermanos en buenas condiciones de salud y antecedentes familiares negativos. Su alimentación tiene como base el frijol y la tortilla; ha padecido de Amigdalitis a repetición y dolores abdominales ocasionales, y ha sido inmunizada con BCG. Su crecimiento y desarrollo ha sido normal.

Al examen físico de ingreso se encuentra una paciente en aceptables condiciones nutricionales, consciente, colaboradora y orientada; sus signos vitales: To. 37°C, P/A.110/70,

20 respiraciones por minuto y una Frecuencia Cardíaca de 100 X'. Piel y mucosas con coloración Ictérica generalizada, conjuntivas ictéricas, lengua saburral, Corazón y Pulmones entre límites normales, se encuentra un abdomen globoso, tenso, con circulación colateral, buenos ruidos intestinales y una Hepatomegalia de 8 Cms. por debajo del Apéndice Xifoides y 14 Cms. bajo el reborde costal derecho, no dolorosa a la palpación. Paciente ingresa a su servicio con los mismos diagnósticos de referencia.

Sus laboratorios de ingreso fueron reportados de la siguiente manera: Glóbulos Blancos 9150/mm³ (4 Eosinofilos, 76 Segmentados y 20 Linfocitos), Hb.11.5, Ht. 36, Sedimentación de 108. Orina = Pigmentos y Sales biliares presentes. Heces = Presencia de Pigmentos biliares, no parásitos. Transaminasas: TGO=150 U, TGP=340 U. Tiempo de Sangría 1' Duke, Tiempo de Coagulación 12' White. Tiempo de Protrombina 40% Quik. Fosfatasa Alcalina 14 U. Bilirrubinas: Totales 10.9 Directa 71, Indirecta 3.8 Mgs%.

Radiografía de Abdomen en posición de pie mostró: Apparente masa grande que llena la parte media del abdomen, desplazando las asas intestinales hacia abajo; además no se delimita el borde inferior del Hígado.

Durante los 10 primeros días de hospitalización la paciente evolucionó con prurito generalizado, iguales síntomas de ingreso y ausencia de dolor. Al 12o. día presenta mal estado general y fiebre de 40°C, distensión abdominal con timpanismo a la percusión. Se solicitó una Serie Gastroduodenal la cual fue reportada: Masa de tejido blando que produce defecto por compresión en el bulbo Duodenal, y área del duodeno; que además en la lateral desplaza el Bulbo hacia adelante, también hay un defecto extrínseco en el antro del Estóma-

go a nivel de la curvatura mayor, la impresión del Radiólogo fué de un Quiste del Colédoco o Tumor de Cabeza del Páncreas.

Hacia el 14o. día el paciente desarrolla cuadro de Abdomen agudo, efectuándosele una Laparotomía exploratoria el 4 de Marzo de 1969 con los siguientes hallazgos:

Vesícula Biliar en la línea media enormemente dilatada, bajo de la cual se encuentra una masa de 20 a 25 Cms que se extiende desde el Hilio Hepático hacia la Fosa Ilíaca y Pelvis derechas. Se efectúa Colecistostomía con Sonda Nella tón, drenándose 2500 cc de un líquido negro del fondo de la Vesícula; se administran antibióticos, Penicilina y Estreptomina.

Luego de un Post-Operatorio satisfactorio y disminución de las bilirrubinas: Totales 4.6, Directa 3.1 y la Indirecta en 1.5, se efectúa un Colangio-Colecistograma por la Sonda de Colecistostomía el cual se reporta: Un buen llenado del Colédoco que parece desplazado hacia arriba y adentro; se observa colección del medio de contraste probablemente representando a la Vesícula marcadamente distendida.

Hacia el 10o. día post operatorio la paciente es reintervenida efectuándosele una Cistoduodenostomía, Cierre de Colecistostomía, Biopsia hepática y Apendicectomía profiláctica; dejándose drenaje del Quiste del Colédoco, el cual es retirado hacia el 5o. día post-operatorio.

Paciente evolucionó satisfactoriamente con desaparición de la Ictericia, dándosele de alta el 2 de Mayo de 1969.

El 14 de Abril del mismo año se efectúa una Serie Gas

troduodenal la cual fue reportada: No hay evidencia de gastritis, úlcera o Neoplasia; Bulbo Duodenal entre límites normales, hay un vaciamiento gástrico normal; las asas del Intestino delgado se ven normales y la mayor parte del Bario se observa en el Intestino Grueso.

CASO No. 2:

Paciente R.R.E. Registro Médico No. 17682/77, masculino de 33 días de edad, ladino y originario del Departamento de Jutiapa, que es admitido en el servicio de Medicina de niños del Hospital General "San Juan de Dios", el 9 de Diciembre de 1977 por presentar: Ictericia, Distensión abdominal y evacuaciones acólicas.

En Historia la madre refirió que el paciente había iniciado Ictericia a las 72 horas de nacido, la cual progresivamente se fué generalizando al cuerpo. Aproximadamente 21 días luego de iniciada la Ictericia, el abdomen del paciente fué aumentando de tamaño y su estado físico evolucionó con deterioro; presentando además, una orina amarillo intenso. Cuatro días antes de ser ingresado a este Hospital presentó evacuaciones acólicas, sin otras características importantes. Fue atendido en el Hospital Departamental de Escuintla, de donde fué referido para su tratamiento.

Entre sus antecedentes, el paciente fué producto de un embarazo de 40 semanas calculadas, y de un parto Eutósico simple atendido por Comadrona; actualmente se encontraba siendo alimentado exclusivamente con lactancia materna. En la familia no se reportan antecedentes de importancia.

Al examen físico de ingreso se encontró un paciente en

malas condiciones nutricionales; sus signos vitales: Tr. 37°C, Fc. 132 pulsaciones X', y 28 respiraciones X'. Ictericia acentuada en piel, mucosas y conjuntivas; cardiopulmonarmente normal, Abdomen distendido CA=40 Cms, con presencia de onda líquida y circulación colateral, hepatomegalia leve ?, sin presencia de masas.

El reporte de sus laboratorios de ingreso fué el siguiente: Glóbulos Blancos 11750/mm³ (Eosinófilos, 2, Linfocitos 23, Monocitos 2), Hb 14 mg/100cc, Sedimentación 40, Bilirrubinas: Total 3.8 Mgs/100cc, Directa 0.37 Mgs/100cc, Indirecta 3.46 Mgs/100cc. Transaminasas: TGO 27 Mu/ml, TGP ?. Fosfatasa Alcalina 240.8 Mu/ml, Tiempo de Protrombina 90.3 %, Grasa en Heces = 3 cruces, Bilirrubina en orina = 1 cruz. Compatibilidad Sanguínea madre e hijo Grupo O, Rh positivo.

Los diagnósticos de ingreso fueron: Atresia de vías biliares, Hipertensión Porta, DPC G II, Hepatitis B.

Radiografía simple de Abdomen reportó líquido en la cavidad peritoneal, sin presencia de visceromegalia. Radiografía de Tórax fué reportada como normal. Un Frote Periférico fué reportado como una anemia dismórfica.

Se efectuó una Paracentesis diagnóstica con los siguientes resultados: Líquido peritoneal de aspecto turbio, color café, Rivalta positivo, Proteínas 8.40, Eritrocitos 0, Leucocitos 66, con Segmentados y 40 Monocitos. Gram y Ziel Nielsen fueron negativos.

Con el diagnóstico de Atresia de Vías Biliares el Paciente pasa a la Sala de Cirugía Pediátrica, efectuándose Laparotomía exploradora el 27 de Diciembre de 1977.

Los hallazgos operatorios fueron los siguientes:

Un quiste gigante del Colédoco tipo I. Se efectuó una Cistoyeyunostomía en Y de Roux y Biopsia hepática, se dejaron drenajes y antibióticos (ampicilina). La biopsia hepática demostró Colangitis, con formación de abscesos y Colestasis obstructiva.

Al inicio del post-operatorio el paciente evolucionó satisfactoriamente, con disminución de sus bilirrubinas séricas: Total 4.6, Directa 1.1, Indirecta 3.4. A los 7 días de post-operado las bilirrubinas séricas comenzaron a mostrar nuevamente valores altos, asociadas a un cuadro de deshidratación, distensión abdominal y evidente mal estado general. Se tomó un Colangiograma Intravenoso el cual mostró una vesícula dilatada.

A los 24 días de post-operado se decidió una nueva intervención, practicándose una Colecistoduodenostomía; un fragmento de vesícula Biliar enviado a Patología reportó inflamación crónica y fibrosis.

El paciente evolucionó satisfactoriamente en el post-operatorio con disminución de sus bilirrubinas séricas y mejoría de su estado general; dándosele egreso el 6 de Febrero de 1978.

CASO No. 3:

Paciente R.C.V.I. Registro Médico No. 19769/80, femenina, de 1 año 10 meses de edad, ladina y Originaria de Chiquimula; que es admitida a la sala de Medicina de Niñas (Cunas) del Hospital General "San Juan de Dios" el 5 de Noviembre de 1980, por presentar Ictericia, Orina color Coca-Cola y

pérdida de peso.

En Historia la madre refiere que la paciente comenzó hace 1 mes, con coloración ictérica en los ojos, acompañada de pérdida del apetito y de peso; posteriormente evolucionó con orina color ambar que cambió en días a color Coca-Cola, asociándose a irritabilidad y distensión abdominal intermitente sin diarrea ni vómitos; hace 1 semana le apareció un eritema periorbitario el cual desapareció en unos días para reaparecer el día de su ingreso a éste Hospital. Consultó a un Médico particular quien la refirió a este centro.

Al examen físico de ingreso la paciente se encontró irritable y poco colaboradora, sus signos vitales: P/A T= 38°C 70/40, Fc. 130 X', Fr. 22 X', Talla 81 Cms, Circ. Abd. 44 Cms. Ictericia generalizada en piel, conjuntivas y mucosas; Corazón y Pulmones normales, Abdomen globoso, defensa muscular voluntaria, se palpa borde hepático a 3 Cms bajo el re borde costal derecho, diástasis de los rectos, ruidos intestinales normales, prúrito generalizado, no dolor ni masas abdominales palpables.

Paciente ingresa a su servicio con diagnóstico presuntivo de Hepatitis-B. Se le ordenan laboratorios los cuales son reportados de la siguiente manera: Orina: Proteínas 30 Mgs/dl, Bilirrubinas 3 cruces, Urobilinógeno 1 cruz, 2 Leucocitos por campo y bacterias móviles. Heces con 3 cruces de grasas. Transaminasas: TGO 50.1, TGP 17 U. Bilirrubinas séricas: Totales 9.10, Directa 4.04, Indirecta 5.06 Mgs/100cc. Fosfatasa Alcalina 108 Mu/dl. N. Urea 21 Mg/dl. Creatinina 1.5 Mg/dl. Proteínas séricas 5.74, Albúmina 2.72 Globulina 3.02 Mg/dl.

Hacia el 10o. día de hospitalización, la paciente persis

tía sin cambios y sin diagnóstico confirmado, se toman nuevos laboratorios de control: Glóbulos blancos 12000 (Eosinófilos 2, Basófilos 2, Cayado 1, Segmentados 35 Monocitos 4, Linfocitos 56), Hb 10.7 Mgs/100cc. Bilirrubinas: Totales 8.56, Directa 6.87 e Indirecta 1.69 Mgs/100cc. Tiempo de Protrombina 100%, Transaminasas: TGO 143 U, TGP 44 U.

En un examen físico se observa que ha habido un crecimiento del Hígado a expensas del lóbulo derecho, pensándose en un Absceso Hepático Amebiano; por lo que se ordena un Enema Salino el cual es reportado positivo a Quistes de Coli, una DHL se reportó de 225 UI/Lt. Se ordena una Radiografía de Tórax, en el cual se reporta un diafragma derecho entre límites normales y una hepatomegalia global importante.

Con la Impresión Clínica de Absceso Hepático Amebiano se inicia tratamiento con Emetina por 5 días, se toma un E. K.G. el cual es reportado entre límites normales.

Paciente evoluciona con picos febriles, cuadro catarral e ictericia más acentuada, así como irritabilidad persistente. Se piensa en una Infección urinaria por la presencia de una orina patológica, así como en un proceso hepático crónico, por lo cual se inicia tratamiento con Ampicilina y solicita un Ultrasonograma hepático.

El Ultrasonograma es reportado: Masa quística de 7x6 Cms. de diámetro, de bordes irregulares y que ocupa principalmente el lóbulo izquierdo del hígado; hallazgos que son compatibles con: Absceso Amebiano, Quiste del Colédoco o Vesícula Biliar distendida.

Se ordena una Tomografía Computarizada para localizar la masa (reporte ausente en expediente) refiriéndose en expe-

diente que el resultado orientaba hacia un Quiste del Colédoco. Paciente desmejorado, con distensión abdominal, anorexia, acentuada ictericia, prurito generalizado, por lo cual se refiere a la sala de Cirugía; y el 2 de Diciembre de 1980 se efectúa Laparatomía exploradora con los siguientes hallazgos: Vesícula biliar distendida, y Quiste del Colédoco de 10 a 12 Cms, conteniendo 500 cc de líquido biliar, ambos hallazgos asociados a una malrotación intestinal. Se efectúa resección del Quiste del Colédoco, Hepatoyeyunostomía en Y de Roux, Yeyunoyeyunostomía terminolateral, Apendicectomía profiláctica y Biopsia hepática.

Evolución post-operatoria de la paciente fué satisfactoria y sin complicaciones dándole egreso el 12 de Diciembre de 1980.

ANALISIS

En los últimos 13 años no se encontró ningún caso de Quiste del Colédoco en las salas de adultos del Hospital General "San Juan de Dios"; la causa puede ser la tendencia de este proceso a manifestarse durante la primera infancia. Por otra parte en la revisión de los libros de sala de operaciones del Hospital Militar Central no fué posible encontrar Quistes del Colédoco en adultos ni en niños; es probable que sea una consecuencia de la menor afluencia de pacientes, en comparación con los Hospitales Generales.

De ninguna manera los casos presentados constituyen una muestra representativa de la incidencia de Quistes del Colédoco a nivel nacional, en vista que solo fueron tomados en el estudio dos de los diversos hospitales del país, y la muestra es escasa.

Los pacientes presentados estuvieron comprendidos entre las edades de 1 mes a 11 años con predominancia por el sexo femenino. Los problemas por los que consultaron fueron de Ictericia, Acolia, Coluria y distensión abdominal; presentándose solo un signo de la tríada clásica y su evolución fué de 1 a 2 meses, manifestándose precozmente en un paciente.

En los tres pacientes se observó ictericia generalizada al examen físico; así como Hepatomegalia; en 2 se observó presencia de circulación colateral y solo uno presentó dolor abdominal no localizado. Solo un paciente ingresó con diagnóstico de Quiste del Colédoco, en los demás se pensó en una Hepatitis-B y Atresia de Vías Biliares.

Las pruebas Hepáticas aunque no concluyentes, en los tres

casos orientaron a un proceso obstructivo. Entre los exámenes radiológicos que llegaron a sugerir el diagnóstico estuvieron: La Radiografía simple de Abdomen, y la Serie Gastro-duodenal. La Ultrasonografía Hepática y la Tomografía Computarizada descubrieron el Quiste.

Las complicaciones médicas más importantes las constituyeron la Hipoprotrombinemia, la fiebre y la Colangitis. En los tres tipos de Quiste del Colédoco se encontró el tipo I, aunque las descripciones anotadas no fueron muy precisas. Los procedimientos quirúrgicos empleados consistieron en una Cistoduodenostomía que evolucionó satisfactoriamente; previamente se había practicado una Colecistostomía dada la gravedad de la paciente. Una Cistoyeyunostomía en Y de Roux la cual necesitó de una reintervención posterior, efectuándose una Colecistoduodenostomía, con buenos resultados. A un tercer paciente se le practicó Hepatoyeyunostomía en Y de Roux, y Yeyunoyeyunostomía término-lateral con evolución sin complicaciones.

En dos pacientes se practicó Apendicectomía profiláctica y Biopsia hepática.

El análisis de los tres casos presentados, nos lleva a considerar; que el diagnóstico pre-operatorio de un Quiste del Colédoco es posible de efectuar, si tenemos en mente esta patología en el estudio de pacientes jóvenes, de sexo femenino con ictericia obstructiva; principalmente si presentan dolor abdominal y masa abdominal palpable. Además se aprecia que la técnica quirúrgica se adaptará a el tipo de quiste, el estado anatómico de la región, la presencia de otras anomalías congénitas asociadas, y al estado de salud del paciente en el momento de intervenirlo.

CONCLUSIONES

1. El Quiste del Colédoco es un proceso patológico poco frecuente.
2. Suele ser más frecuente en mujeres que en hombres, teniendo una mayor incidencia entre lactantes y jóvenes entre la 1a. y 2a. décadas.
3. La sintomatología suele ser intermitente, consistiendo básicamente en una tríada de: Ictericia, dolor abdominal y masa abdominal palpable; asociado en ocasiones a coluria y acolia.
4. El Quiste del Colédoco debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes, de sexo femenino con Ictericia obstructiva.
5. Las complicaciones de un Quiste son varias, desde la insuficiencia hepática con Hipertensión Porta y Cirrosis biliar; a la Pancreatitis, ruptura del quiste o degeneración maligna.
6. El tratamiento del quiste es quirúrgico, mediante una Cistoduodenostomía, Cistoyeyunostomía por la técnica de Y de Roux, o con la extirpación del quiste con anastomosis hepático-intestinal; en caso de quistes pequeños o fácilmente resecables.
7. La frecuencia de Colangitis y estenosis post-operatorias, es menos frecuente con la Cistoyeyunostomía en Y de Roux, o con la Cistoduodenostomía; particularmente si la Cistoyeyunostomía se combina con una enteroenterostomía.

BIBLIOGRAFIA

1. Eric. W. Fonkalsrud. M. D.: CHOLEDOCHAL CYSTS. Surg. Clinics of North America 53: 1275-1280 (October 1973).
2. Fonkalsrud, E.W., and Boles, E.T.: CHOLEDOCHAL CYSTS IN INFANCY AND CHILDHOOD. Surg. Gynec. Obstet., 121-733-742, 1965.
3. Kenneth, W., Gabriel, K & Kenneth H.: QUISTES DE CONDUCTOS BILIARES. Clin. Quirurg. de Norte América -8: 567-576 (Junio 68).
4. Soon Lee, Pyung, M., Soo K. & Pill, H.: CHOLEDOCHAL CYST. Arch. Surg. - 99: 19-27. (July 1969).
5. Luther K., Jerome R., & Harlof M.: CONGENITAL CYSTIC DILATATION OF THE COMMON DUCT (Choledochal Cyst). Arch. Surg. - 75: 143-145 (July 1957).
6. Kenneth W. Warren.: MODIFICACION DE LA TECNICA DE ROUX EN Y. Clin. Quirur. de Norte América. -7.: 611-615 (Junio 1965).
7. William H. Snyder. Jr.: MALFORMATIONS OF THE ESOPHAGUS AND SMALL INTESTINE. Surg. Clinics of North America. -39: 1159-1161 (October 1959).

- 8.- Davis-Christopher: QUISTE DEL COLEDOCO. Tratado de Patología Quirúrgica. 10a. ed. Español. 1039-1040.
- 9.- Lorenzo, G.A., Seed, R.W., and Beal, J.M.: CONGENITAL DILATATION OF THE BILIARY TRACT. Amer. J. Surg., -121: 510-517. 1971.
- 10.- Hugo Lemus Fernández: COLANGIOGRAMAS PERCUTANEO TRANSHEPATICOS EN EL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA. Tesis de Investidura Médico y Cirujano. 1978.
11. Byron Alberto Villeda U. COLANGIOGRAMAS PERCUTANEO TRANSHEPATICOS EN EL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS". Tesis de Investidura Médico y Cirujano. Abril 1978.
12. Dr. Stanley L. Robbins: COLANGITIS. Patología Estructural y Funcional. 1a. ed. Español 1975. pp. 980.
13. Harrison: ENFOQUE DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. Medicina Interna. 4a. ed. Español 1973. pp. 813.
14. Manuel Litter: ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO REDUCIDO, ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO. Farmacología. 5a. ed. Español 1975. pp. 1511-1638.
15. Secretaría de FASE III, Hospital General "San Juan de Dios": CURSILLO SOBRE ANTIBIOTICOS. Folleto. pp. 1-41.

Br.

Oscar Ernesto Portas Aguilar

Dr.

Israel Lemus Bojórquez

Dr.

Alfredo Enrique Barillas

Dr.

Director de Fase III
Carlos A. Waldheim

Dr.

Secretario
Raúl A. Castillo Rodas

Vo. Bo.

Dr.

Decano
* Rolando Castillo Montalvo