

IMÁGENES Y CIRUGÍA

Quiste gigante de colédoco* Giant choledochal cyst

Drs. JUAN C DIAZ J.¹, FRANCISCO PARADA C.¹, GUILLERMO RENCORET P.¹,
FELIPE HODGSON O.², CARMEN G. ALDUNATE J.², FRANCO ANZIANI O.²

¹Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. ²Interno/a Medicina, Universidad de Chile.

La dilatación quística congénita de la vía biliar es una afección poco frecuente en nuestro medio. Pese a ser una enfermedad congénita, aproximadamente un tercio de los casos no se diagnostican en la infancia. Es más frecuente en el sexo femenino con una relación 3-4/1. La triada clásica de dolor, ictericia y masa abdominal es infrecuente; los síntomas habitualmente son intermitentes y poco específicos, lo cual puede conducir a un retraso diagnóstico. Una vez que el quiste de colédoco se ha diagnosticado debe ser tratado, con el fin de reducir al mínimo las complicaciones (pancreatitis aguda, coledocolitiasis, perforación del

quiste, cirrosis biliar secundaria). La ecografía es el método de elección para el diagnóstico inicial y

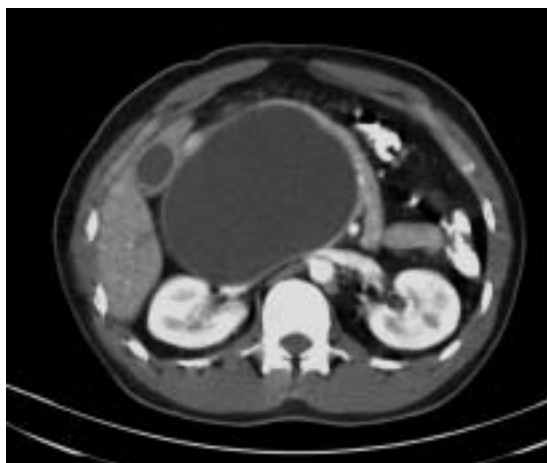


Figura 1. TAC abdominal con contraste preoperatorio.

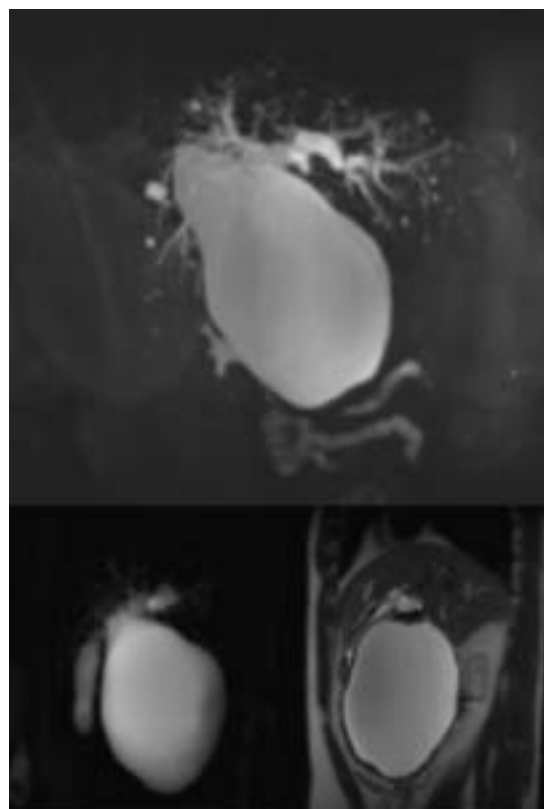


Figura 2. Colangio-RNM preoperatoria.

*Recibido el 15 de mayo de 2006 y aceptado para publicación el 15 de junio de 2006.

Correspondencia: Dr. Juan C. Díaz

Santos Dumont 999. Santiago, Chile.

e-mail: jcdiaz@redclinicauchile.cl



Figura 3. Intervención quirúrgica.



Figura 4. Pieza operatoria (10 x 18 x 6 cm). Quiste de colédoco y vesícula biliar.

el tratamiento correcto es la exéresis completa del quiste.

Paciente de sexo masculino de 33 años de edad, con antecedente de quiste de colédoco de 30mm de diámetro, diagnosticado hace 3 años por ecotomografía abdominal, sin controles posteriores. Consulta al servicio de urgencia por cuadro de tres semanas de evolución, caracterizado por dolor constante en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado a dorso, con aumento progresivo de intensidad, de carácter urente. Se asocia a orinas oscuras, náuseas y vómitos alimentarios matinales. Última semana con deposiciones pastosas color masilla, coloración amarilla de piel y escleras y prurito generalizado.

Al examen de ingreso destaca paciente afebril, hidratado, con ictericia de piel y escleras y hemodinámicamente estable; abdomen blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho e hígado palpable 4cm bajo el reborde costal.

Entre los exámenes de ingreso destaca hiperbilirrubinemia de predominio directo con patrón colestásico de pruebas hepáticas, transaminasas

levemente elevadas. La TAC abdominal (Figura 1) muestra gran dilatación quística de hepático común y colédoco en toda su extensión, que mide 12,5 x 12 x 10 cm.

La RNM de hígado (Figura 2), muestra una gran dilatación quística de la vía biliar extrahepática, sin evidencias de litiasis.

En la intervención quirúrgica se realiza resección total de quiste de colédoco más hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux (Figuras 3 y 4).

REFERENCIAS

1. Artigues E, Pareja E, Fabra R. Tratamiento quirúrgico de la dilatación quística congénita de la vía biliar. Cir Esp 2003; 73: 114-119.
2. Candel MF, Albarracín A, Robles R, Guirao J, Parilla P. Perforación de quiste colédoco en un varón de 12 años. Cir Esp 2005; 78:115-117.
3. Branchereau S, Valayer J. Malformaciones quísticas de las vías biliares en el niño: dilatación congénita de la vía biliar principal. Horay P, editor. Enciclopedia medico quirurgicale. Técnicas quirúrgicas aparato digestivo. París: Elsevier; 2004: 976-979.