



ASOCIACIÓN MEXICANA HEPATO PANCREATO BILIAR

12°
CONGRESO
DE LA

INTRODUCCIÓN

Los quistes de colédoco son dilataciones congénitas de los conductos biliares de los cuales el 80 % se diagnostican en la infancia, con incidencia 4 veces más alta en mujeres. Su etiología aún no es bien entendida, sin embargo, se cree que se desarrollan secundariamente a la unión anómala biliopancreática. La presentación clínica es inespecífica y solo el 20 % de adultos presentan síntomas típicos. Entre sus complicaciones más frecuentes se incluye el dolor abdominal, ictericia, colelitiasis, colecistitis, pancreatitis, absceso hepático, cirrosis, colangitis, ruptura del quiste y transformación maligna (3 – 7.5 %), se asocia a mayor edad y en quistes tipo I y IV, siendo el tipo de cáncer más común el colangiocarcinoma (70.4 %) y cáncer de vesícula biliar (23.5 %), con subtipo histológico más frecuente el adenocarcinoma (73 – 84 %). Las guías recomiendan que todos los quistes de colédoco deberían ser resecados por el riesgo del desarrollo de cáncer del tracto biliar, teniendo como tratamiento de elección la escisión completa y hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux. Con supervivencia global de 95.5 % a 5 años posterior a la resección.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de un reporte de caso apoyado en el expediente clínico, estudios de imagen, laboratorios, fotografías y revisión de la bibliografía en PubMed de los últimos 5 años.

Resección de quiste de colédoco Todani tipo I y reconstrucción mediante hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux. Reporte de un caso.

Zúñiga Ordóñez Montserrat* – Casasola Sánchez Luis Eduardo**

Hospital General “Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua” ISSSTE

CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años, con diagnóstico de diabetes tipo 2. Inició padecimiento en junio de 2023 con dolor abdominal, acompañado de vómito e ictericia, ingresa a hospitalización y se integra diagnóstico de pancreatitis aguda por lo que se realiza CPRE + Esfinterotomía y colocación de endoprótesis (25.07.23) con hallazgo de quiste de colédoco Todani tipo I, confirmado mediante CRM.

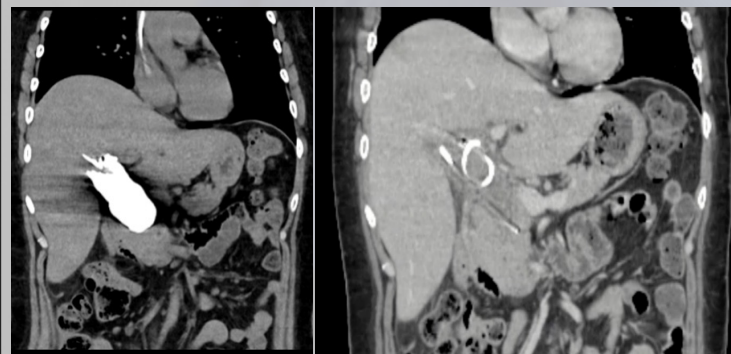
Persiste con sintomatología y reingresada a hospitalización, se opta por tratamiento quirúrgico, se realiza colédocoyeyuno anastomosis + Colecistectomía abierta (11.09.23), cursando con evolución tórpida en el posoperatorio que ameritó estancia hospitalaria prolongada. Continúa con síntomas 1 mes posterior a procedimiento quirúrgico por lo que se realiza CRM, nuevamente con hallazgo de quiste de colédoco, se realiza drenaje percutáneo y colocación de catéter multipropósito el día 07.10.23.

Posteriormente se realiza CPRE no satisfactoria el día 27.10.23. CT (06.11.23): Se introduce medio de contraste por CMP con paso filiforme hacia la vía biliar a través del conducto hepático, posterior a 15 minutos no se observa paso del medio de contraste hacia el intestino. Sonda de derivación bilioentérica y drenaje biliar externo, ausencia quirúrgica de vesícula biliar. 13.11.23: Hb 11.6, Hct 34, Plt 363, Leu 7.5, Neu 50 %, Gluc 62, BUN 14, Urea 30, Cr 0.81, Na 135, K 3.9, Cl 97, PCR 0.96, BT 1.15, BD 0.55, AST 26, ALT 29, ALP 283, GGT 304, Alb 4.2. El día 10.01.24 se realiza resección de quiste de colédoco y hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux.

Se inicia vía oral al día 2PO, cursa con complicación de infección de sitio quirúrgico, con tratamiento mediante antibioticoterapia con cefalosporina de tercera generación; gasto de drenajes de 10 cc de Jackson Pratt y 5 cc de catéter multipropósito, los cuales se retiran en el día 5PO y egreso a domicilio en el día 6.

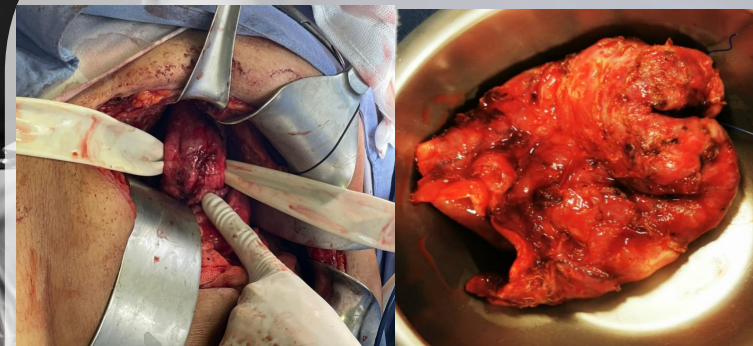
RHP (15.01.24): Segmento de pared de tejido fibroconectivo con revestimiento de epitelio biliar con inflamación crónica y aguda focal, compatible con quiste inflamado de conducto colédoco. Malignidad ausente.

MATERIAL Y MÉTODOS



1. CRM

2. CT contrastada



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se requieren imágenes de alta calidad para la adecuada caracterización de la anatomía y una apropiada estratificación del riesgo y tratamiento.

Así como mayor investigación en la población occidental para el entendimiento de la patología y poder adaptar las directrices de manejo a esta población.

El riesgo de malignidad en la población adulta occidental posterior a la resección es del 10.9 %, por lo que, a pesar de haberse sometido a un procedimiento quirúrgico, amerita vigilancia a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Brown ZJ, Baghdadi A, Kamel I, Lahner HE, Hewitt DB, Pawlik TM. Diagnosis and management of choledochal cysts. *HPB (Oxford)*. 2023 Jan;25(1):14-25. DOI: 10.1016/j.hpb.2022.09.010. Epub 2022 Oct 5. PMID: 36257874.
2. Balon GN, Bonds MM, Helton WS, Kozarek RA. Choledochal cysts: Similarities and differences between Asian and Western countries. *World J Gastroenterol*. 2019 Jul 14;25(26):3334-3343. DOI: 10.3748/wjg.v25.i26.3334. PMID: 31341359; PMCID: PMC6639560.
3. Yusuf S, Nuriyanto AB, Nadia N, Muntadhar M, Muzakir Y, Susanti ND, Al-Shather Z, Harriks F. A choledochal cyst type IVa in a child treated with Roux-en-Y hepaticojejunostomy. *Narra J*. 2023 Aug;3(2):e201. DOI: 10.52225/narra.v3i2.201. Epub 2023 Aug 28. PMID: 38450271; PMCID: PMC10914059.
4. Ghotbi J, Yaqub S, Sotricide K. Management of extrahepatic bile duct cysts. *Br J Surg*. 2023 Sep 6;110(10):1253-1255. DOI: 10.1093/bjs/znad087. PMID: 37079736; PMCID: PMC10480039.
5. Ye Y, Lui VCH, Tam PKH. Pathogenesis of Choledochal Cyst: Insights from Genomics and Transcriptomics. *Genes (Basel)*. 2022 Jun 8;13(6):1030. doi: 10.3390/genes13061030. PMID: 35741793; PMCID: PMC9223186.
6. Hinojosa-Gonzalez DE, Roblesgü-Medrano A, Leon SUV, Espadas-Conde MA, Flores-Villalba E. Biliary reconstruction after choledochal cyst resection: a systematic review and meta-analysis on hepaticojejunostomy vs hepaticoduodenostomy. *Pediatr Surg Int*. 2021 Oct;37(10):1313-1322. doi: 10.1007/s00383-021-04940-x. Epub 2021 Jun 11. PMID: 34115175.
7. Bloomfield GC, Nigam A, Calvo IG, Dorris CS, Fishbein TM, Radkani P, Winslow ER. Characteristics and malignancy rates of adult patients diagnosed with choledochal cyst in the West: a systematic review. *J Gastrointest Surg*. 2024 Jan;28(1):77-87. doi: 10.1016/j.gassur.2023.11.007. PMID: 38353080.