

# QUISTE DE COLÉDOCO EN NIÑOS, SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO. INFORME PRELIMINAR.



DR. HÉCTOR SANTOS LUNA. MACG,  
DR. MARIO LÓPEZ VIDAURRE.  
DR. FAUSTO HERNÁNDEZ ARAUJO.  
DR. MARIO SÁNCHEZ JARQUÍN. MACG.

No.287

## INTRODUCCIÓN

Aunque la primera descripción anatómica de una dilatación fusiforme de la vía biliar fue descrita en 1723 no fue hasta 1959 que Alonzo-Lej y colaboradores reportaron 2 casos propios y analizaron 94 más reportados en la literatura (1). Desde entonces los reportes en la literatura han incrementado haciendo énfasis en el seguimiento a largo plazo y el diagnóstico antenatal (2,3,4,5). Analizamos 10 casos de quiste de colédoco operados en la unidad de cirugía pediátrica del Hospital General San Juan de Dios con un período de seguimiento mínimo de 2 años postoperatorio.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron 10 casos operados de quiste de colédoco desde 1,999 a 2,009 con un período mínimo de seguimiento de 2 años, el estudio de los casos fue clínico, ecográfico y de laboratorio. A todos los pacientes se les pidió anualmente un ultrasonido hepático y de vías biliares así como niveles séricos de bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina y gamaglutamiltransferasa.

## RESULTADOS

Hubo 11 casos operados de quiste de colédoco de enero de 1,999 a enero de 2,009 de los cuales 10 fueron seguidos anualmente por un período de tiempo mínimo de 2 años y un máximo de 11 años con una media de 7 años. Las manifestaciones clínicas iniciales por la que los pacientes consultaron se observan en la tabla No. 1. La edad de la cirugía oscilo entre 3 meses a 8 años con

una media de 3.7 años. Hubo 9 mujeres y 1 hombre, quienes presentaron quiste tipo I (dilatación quística de la vía biliar común), siendo 8 saculares y 1 fusiforme. El diagnóstico inicial fue realizado con la ayuda del ultrasonido seguido del cual se realizó colangiopancreatografía por resonancia magnética nuclear.

TABLA 1. MOTIVO DE CONSULTA EN LOS PACIENTES CON QUISTE DE COLÉDOCO

MOTIVO DE CONSULTA	No. DE CASOS
Masa abdominal	3
Pancreatitis	3
Dolor	2
Ictericia	1
Dx. Antenatal	1
TOTAL	10

El tipo de cirugía efectuada en todos los casos fue la resección completa del quiste con derivación bilio-enterica así: hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux termino-lateral, con asa intestinal de 40 a 50 cm de longitud en el segmento de la anastomosis hepático-yeyunal.

El seguimiento clínico se efectuó con controles anuales en los que además del examen físico se solicitaron: ultrasonido de hígado y vías biliares, niveles séricos de bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina y gamaglutamiltransferasa. Los diez pacientes permanecieron asintomáticos durante el período de seguimiento, con excepción de un paciente que presentó un episodio

Rev Guatem Cir Vol 19 (2013) pp 34-36

\*Unidad de Cirugía Pediátrica, Departamento de Cirugía.  
Hospital General San Juan de Dios.  
Hospital Infantil Juan Pablo II. Guatemala

aislado de colangitis en el segundo año después de la cirugía. El ultrasonido hepático y de vías biliares en todos los casos fue normal, sin evidencia de cirrosis, litiasis o dilatación de la vía biliar. Los valores séricos de bilirrubinas, transaminasas y gamaglutamiltransferasa fueron normales en todos los casos; sin embargo los niveles de fosfatasa alcalina fueron normales solamente en un paciente, mientras que en los 9 restantes éstos oscilaron entre 300 a 600 UI/L.

## DISCUSIÓN

Hubo un paciente, operado a los 3 meses de edad, en el cual el diagnóstico del quiste del colédoco se realizó con el ultrasonido antenatal y se confirmó con la ecografía post-natal. El diagnóstico de quiste del colédoco antenatal con la ayuda del ultrasonido fetal ha sido descrito por varios autores quienes a partir de sus observaciones sugieren que el quiste de colédoco se

desarrolla a mitad de la gestación (6,7,8). La pregunta lógica que ha surgido con el diagnóstico antenatal es acerca de cuál es el momento idóneo para efectuar la cirugía, y para responderla debemos hacer mención de los reportes de Redkar y col (9), y Mackenzie y col(8), quienes indican que el ultrasonido obstétrico aunque es útil es incapaz de diferenciar el quiste del colédoco de otras malformaciones de la vía biliar fetal; sin embargo es claro que una vez se sospeche la presencia de quiste de colédoco éste debe de confirmarse con ultrasonido postnatal, sugiriéndose que alrededor de los 3 meses podría ser el momento ideal para efectuar la cirugía (9,11).

Hubo preponderancia femenina significativa con una relación de mujer a hombre de 8:1, lo que concuerda con las teorías que sugieren que en la etiología del quiste del colédoco existe una anomalía genética ligada al sexo (6,7,10). En el seguimiento de los pacientes solamente documentamos un caso que presentó colangitis de los 9 pacientes operados, y aunque se trata de un informe preliminar que esperamos llevar a los 20 años, consideramos que la baja incidencia de complicaciones obedece a: 1. Ocho de los niños operados presentaban vía biliar que permitió efectuar

anastomosis entero-hepáticas amplias, disminuyendo así la incidencia de estrecheces y evitando la estasis biliar que puede colaborar en la génesis de los cálculos. 2. Dejar un asa proximal "larga" junto a un flujo biliar libre evita o disminuye el apareamiento de colangitis. Entre las complicaciones postoperatorias a largo plazo se han descrito la formación de cálculos, el desarrollo de colangitis y la formación de estrecheces anastomóticas; éstas se han observado aún después de 20 años posteriores a la cirugía, lo que hace imperativo el seguimiento a largo plazo de los pacientes operados por quistes del colédoco. Tuchida y colaboradores reportaron en una serie de 103 casos, con un período de seguimiento de 12.5 años, el apareamiento de cálculos post-operatorios entre los 3 a 22 años después de la cirugía, notando que el desarrollo de litos se asociaba íntimamente a la presencia de estrecheces anastomóticas (15). Todani y colaboradores proponen de igual forma que un estoma anastomótico amplio que provea un flujo biliar adecuado es esencial después de la resección del quiste (16).

Finalmente, se han descrito en algunas ocasiones el desarrollo de pancreatitis después de la escisión del quiste y la realización de la hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux, sin embargo ésa complicación no la hemos observado. En la serie de 62 pacientes de Komuro y colaboradores, observaron la pancreatitis aguda en el 20%, como consecuencia de la formación de un tapón protéico (17).

Consideramos que el incremento de los niveles de fosfatasa alcalina obedece a que en los niños se encuentran en etapa de crecimiento, ya que el resto de pruebas bioquímicas fueron normales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Neil J.A. **Choledochal cyst.** *Curr Probl Surg.* 1992; 29: 363-370.
2. Ando H., Ito T., Nagaya M., et al. **Pancreatobiliary maljunction without choledochal cyst in infants and children: clinical features and surgical therapy.** *J Pediatr Surg.* 1995, 30:1658-1662.
3. Ando H., Kaneko K, Ito F., et al. **Surgical removal of protein plug complicating choledochal cyst: primary repair after adequate opening of the pancreatic duct.** *J Pediatr Surg.* 1998; 33: 1265-1267.
4. Ando K., Miyano T, Kohno S., et al. **Spontaneous perforation of choledochal cyst: a study of thirteen cases.** *Eur J Pediatr Surg* 1998. 8:23-25.
5. Saing T., Han H., Chan K., et al. **Early and end results of excision of choledochal cyst.** *J Pediatr Surg.* 1997. 32 1563-1566.
6. Hay S., Soliman H., Sherif H., et al. **Neonatal Jaundice: The role of laparoscopy.** *J Pediatr Surg.* 2000, 35:1706-1709.
7. Lugo-Vicente H. **Prenatally diagnosed choledochal cyst: observation or early surgery?.** *J Pediatr Surg.* 1995. 30:1288-1290.
8. MacKenzie T, Howell L., Flake A. **The management of prenatally diagnosed choledochal cyst.** *J Pediatr Surg.* 2001. 36:1241.1243.
9. Redkar R., Davenport M., Howard E. **Antenatal diagnosis of congenital anomalies of the biliary tract.** *J Pediatr Surg.* 1998; 33:700-704.
10. Rustard D. **Letter to the editor.** *Surgery.* 1987;101:240-241.
11. Suita S., Shon K., Kinugasa Y. **Influence of age in the presentation and outcome of choledochal cyst.** *J Pediatr Surg.* 1999; 31:1765-1768.
12. Saing T., Ham H., Chan K. **Early and late results of excision of choledochal cyst.** *J Pediatr Surg.* 1997; 32:1563-1566.
13. Tsuchida Y., Takahash A., Suzuki N. **Development of intrahepatic biliary stones after excision of choledochal cyst.** *J Pediatr Surg.* 2002; 37:165-167.
14. Miyano T., Yamataka A., Kato Y. **Hepaticoenterostomy after excision of choledochal cyst in children: a thirty-year experience with 180 cases.** *J Pediatr Surg.* 1996;31:1417-1421.
15. Uno K., Isuchida Y., Kawarasaki H., et al. **Development of intrahepatic cholelithiasis long after primary excision of choledochal cyst.** *J Am Coll Surg.* 1996; 183:583-588.
16. Todani T., Watanabe T., Urushisra N., et al. **Biliary complication after excision procedure for choledochal cyst.** 1995; 30:478-481.
17. Komuro H., Makin S., Yasuda Y., et al. **Pancreatic complication in choledochal cyst and their surgical outcomes.** *World J Surg* 2001; 25:1519-1523.