

Alternativa quirúrgica paliativa para el Quiste de colédoco con degeneración maligna en paciente anciana.

Palliative surgical alternative for choledochal cyst with malignant degeneration in elderly patient.

Navarrete Álvarez, M. Edmundo.; Bastidas Meza, D. Stefano.*; Andrade Mariño, L. Alejandro.**; Pazmiño Navarrete, M. Teresa.***; Gallegos Palacios, C. Andrés.****

*Hospital Provincial General Docente Ambato. Universidad Técnica de Ambato
Facultad de Ciencias de la Salud. Docente Titular Auxiliar 2.*

Ambato. Tungurahua. e-mail: marcolnavarrete@uta.edu.ec

**Hospital General Docente Ambato.*

Ambato. Tungurahua. e-mail: david_emelec_11@hotmail.com

***Universidad Técnica de Ambato.*

Ambato. Tungurahua. e-mail: landrade9143@uta.edu.ec

****Hospital SOLCA Ambato.*

Ambato. Tungurahua. e-mail: : mayte_2429@hotmail.com

*****Hospital VANBUREN Valparaíso.*

Valparaíso. Chile. e-mail: carlosgallegosp@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Resumen: *El quiste de colédoco es una entidad de baja incidencia, con una etiología aún en estudio, prevalente en poblaciones infantiles y juveniles, siendo una rareza en el grupo etáreo adulto, con mayor énfasis en pacientes ancianos. Está implicado en el desarrollo de colangiocarcinoma en adultos y en entidades agudas que pueden poner en riesgo la vida del paciente: colangitis aguda. Presentamos un caso de una paciente anciana con mal estado general, quien acudió al Servicio de Emergencia del Hospital General Docente Ambato en el presente año, refiriendo dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad en hipocondrio derecho, ictericia y síndrome febril, decidiéndose operar por un cuadro de colestasis biliar secundario a quiste coledociano, el cual mediante estudio histopatológico posterior revela adenocarcinoma mucinoso de vía biliar extrahepática. El caso propone una breve revisión de la literatura afín, además de ilustrar una opción quirúrgica paliativa para pacientes con comorbilidades similares.*

Palabras clave: *Adenocarcinoma mucinoso, colangitis aguda, Quiste de colédoco, vía biliar.*

Abstract: *The choledochal cyst is a low-incidence entity, with an etiology still under study, prevalent in childhood and juvenile populations, being a rarity in the adult age group, with a greater emphasis on elderly patients. It is implicated in the development of cholangiocarcinoma in adults and in acute entities that can endanger the patient's life: acute cholangitis. We present a case of an elderly patient with poor general condition, who came to the Emergency Service of General Docente Ambato Hospital this year, referring to severe colic type abdominal pain in the right hypochondrium, jaundice and febrile syndrome, being decided to operate by a table of biliary cholestasis secondary to colehnotic cyst, which, through a later histopathological study, reveals mucinous adenocarcinoma of the extrahepatic biliary tract. The case proposes a brief review of the related literature, in addition to illustrating a palliative surgical option for patients with similar comorbidities.*

Keywords: *Mucinous adenocarcinoma, acute cholangitis, Choledochal cyst, biliary tract.*

INTRODUCCIÓN

El quiste de colédoco es una entidad congénita de baja incidencia 1/50.000 a 2.000.000 nacidos vivos a nivel mundial ¹, con discretas variaciones reportadas por el mundo occidental (1/100.000 a 1/150.000).²

La etiología del quiste de colédoco no está aún establecida, por lo que existen varias teorías desde un punto de vista embriológico que pretenden explicar la formación de semejantes malformaciones.

Los autores prefieren enunciar la hipótesis de Babbitt que menciona que el quiste se forma por una anomalía de la unión biliopancreática, consistente en la formación de un largo común en ese nivel.

La citada configuración permite el reflujo del jugo pancreático hacia la vía biliar, con la consecuente denudación epitelial, adelgazamiento de la pared ductal y evolución hacia la formación quística.³

Lo anterior logra explicar la formación de quistes tipo I y III según la clasificación morfológica de Todani y cols. actualmente utilizada a nivel mundial, sustentada en la enunciada por Revor y Passagno.

La misma establece cinco tipos diferentes de quiste de colédoco:⁴

- Tipo I: Dilatación de la vía biliar extrahepática (quístico, focal, fusiforme).
- Tipo II: Divertículo sacular del colédoco extrahepático.
- Tipo III: Coledococoele.
- Tipo IV: Dilatación Intrahepática y Extrahepática.
- Tipo V: Enfermedad de Caroli.

En pacientes adultos, principalmente la presentación clínica simula a un cuadro colestásico, por lo que resulta importante considerar diagnósticos diferenciales

basándose en estudios de imagen y laboratorio.

A su vez una cuarta parte de los paciente portadores de la patología presentan litiasis vesicular o coledociana al momento del diagnóstico.⁵

Se pretende con la presentación del caso clínico ilustrar a los lectores sobre las posibilidades de utilización de una alternativa quirúrgica paliativa para tratar una paciente diagnosticada de colestasis biliar con muy mal estado general, secundaria a quiste coledociano fusiforme, argumentando además aspectos relacionados con la entidad y su relación con la degeneración maligna del mismo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente anciana, femenina de 83 años de edad, raza mestiza, con antecedente patológico personal de Hipertensión arterial diagnosticado hace 2 años en tratamiento con Losartán 50mg cada día.

La misma acude en compañía de sus familiares al Servicio de Emergencia del Hospital General Docente Ambato en el mes de abril del presente año, por presentar desde hace 2 años aproximadamente dolor abdominal recurrente, el cual se intensificó hace 8 días previos, de tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho y con proyección hacia el espacio interescapular, acompañado de náuseas que llegan al vómito en cuatro ocasiones de contenido alimentario.

A todo lo anterior enunciado añade coloración verdosa de escleróticas y piel, además de sensación de hipertermia, precedida por escalofríos sin evidencias termométricas.

EXPLORACIÓN FÍSICA AL INGRESO:

General:

Temperatura: 38.8° C.

FC: 112 lpm.

FR: 28 lpm.

SatO2: 90% al aire ambiente.

TA: 169/72 mmHg

Paciente vigil, consiente en tiempo, espacio y persona, aunque con marcado decaimiento.

Piel con ictericia de ligero tinte verdínico.

Regional:

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, hipofonético, no se evidencia presencia de soplos o ruidos sobreañadidos.

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Discretamente distendido, depresible y suave, doloroso difusamente a la palpación superficial y profunda predominantemente en epigastrio e hipocondrio derecho; ruidos hidroaéreos presentes y disminuidos en frecuencia. Maniobra de Murphy positiva.

Se indican estudios de laboratorio e imagen reportando la ecografía Hidrocolecisto con barro biliar denso y microcálculos, con vías biliares intrahepáticas dilatadas, colédoco dilatado de 1cm, además de masa epigástrica, no definida.

Se decide hospitalización con impresión diagnóstica presuntiva de Colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis y Tumor epigástrico de etiología no bien definida. De inmediato se inicia terapéutica antibiótica de amplio espectro, dado el mal estado general de la enferma y la primicia de lograr estudios más precisos que justifiquen diagnóstico más certero.

Día 5 “Hospitalización”

Paciente presenta 2 deposiciones blandas y oscuras que recuerdan la melena, por lo que se sospecha Hemorragia Digestiva Alta a descartar etiología, y se solicita endoscopia digestiva alta que reporta: “Antro gástrico con lesiones eritematosas, erosivas. Cuerpo gástrico con lesiones solevantadas que son extraídas para estudio de biopsia. Aparente compresión extrínseca en duodeno, segunda porción; dependiente de la cabeza del páncreas que desplaza lateralmente el píloro”.

Es valorada por el Servicio de Gastroenterología quienes refieren que el cuadro clínico de la paciente obedece a lesión quística de 5cm aproximadamente dependiente de la cabeza del páncreas que ocasiona obstrucción extrínseca del píloro dando como resultado el abdomen distendido que justifica la inserción de sonda nasogástrica para la descompresión del tracto digestivo.

A su vez, solicitan la realización de una colangiorresonancia, cuyos resultados pudieran justificar una CPRE para visualización directa de la lesión quística.

Se solicitan además exámenes de laboratorio que reportan:

BH: Leucocitos 12860; HGB 14.80; HTO 42.5; Plaquetas 538000; Neutrófilos 83.7; Glucosa 109.2; Urea 10.2; Creatinina 0.46; Ácido Úrico 0.80; Bilirrubina Total 12.76; Bilirrubina Directa 11.41; Bilirrubina Indirecta 1.36; Proteínas Totales 6.07; Albúmina 2.71; TGO 287; TGP 162; Fosfatasa Alcalina 2341; Na 111; K 4.47; Cl 75.

Se revalora el diagnóstico de la paciente como: Colangitis aguda por proceso tumoral asociado a cabeza de páncreas, además de Hiponatremia Grave que de inmediato se intenta corregir y se continúa la antibioticoterapia.

Día 7 “Hospitalización”

Se realiza Colangiografía que informa: Hidrocolecisto secundario a obstrucción de colédoco distal por proceso tumoral: A descartar cáncer de cabeza de páncreas/Colangiocarcinoma.

Desde el punto de vista clínico la paciente se constata con regulares condiciones de salud, se presenta somnolienta y poco colaborativa al examen físico.

Se realiza constantes correcciones a su desbalance hidroelectrolítico y se continúa con la aplicación de antibioticoterapia de amplio espectro hasta la descompresión de la vía biliar.

Día 13 “Hospitalización”

Se logra realizar CPRE en institución privada de la ciudad de Quito gracias a trámite de Trabajo Social del Hospital General Docente Ambato y la misma concluye:

- Colédoco con importante dilatación quística distal de 7cm de diámetro, que sugiere Quiste de colédoco tipo Todani I.
- Dilatación en 1/3 superior del colédoco y vía biliar intrahepática.
- Conducto de Wirsung con importante dilatación irregular, en cabeza y cola, de etiología a esclarecer.

Recomendaciones: Evaluación Quirúrgica del caso.

Se revalora el diagnóstico y se concluye para entonces como Quiste de colédoco Todani I. Decidiéndose preparar para intervenir en turno electivo hasta mejorar el estado general de la paciente.

Día 20 “Hospitalización”

Se interviene quirúrgicamente a la paciente confirmándose al acto diagnóstico

preoperatorio y constatándose al mismo (Figura 1):

- Vesícula biliar de paredes delgadas 7x5x3 cm con barro biliar en su interior.
- Identificación de quiste fusiforme de colédoco, con contenido mucinoso de aproximadamente 100 ml.
- Vía biliar dilatada.
- Hígado de aspecto cirrótico.
- A nivel de páncreas no se evidencian ni se palpan masas tumorales.

Fig.1. Estado de la Vía Biliar al acto operatorio.



Se decide realizar:

Colecistostomía + coledocotomía + drenaje de quiste del colédoco + toma de biopsia + exploración de vía biliar principal + colocación de sonda tutor intraluminal libre hepatoduodenal + colocación de sonda de Kehr + drenaje profiláctico por contraabertura. (Figura 2)

Fig.2. Estado de la Vía Biliar al finalizar el acto operatorio.



Día 30 “Egreso”

Paciente egresa del Servicio de Cirugía General en mejores condiciones de su estado general, con evidencia por imágenes de permeabilidad de vía biliar principal (Figura 3) y con una resolución paliativa a su cuadro.

Se continua en espera de resultados de informe histopatológico.

Fig.3. Colangiografía trans-Kehr previa al egreso.



Día 60

Se recibe en este día resultado de histopatológico que reporta:

- Adenocarcinoma mucinoso de las vías biliares extrahepáticas.

DISCUSIÓN

La sintomatología del Quiste de colédoco, se asemeja mucho a un cuadro obstructivo de vía biliar. En el presente caso, la clínica primaria planteo un cuadro de Colangitis aguda secundaria a obstrucción coledociana más por los exámenes de imagen no se descartan otras posibilidades en el diagnóstico.

La importancia de este caso se justifica, fundamentalmente, en la escasa presencia de quistes coledocianos en los adultos, siendo más infrecuente en pacientes seniles.

La literatura evaluada reporta que solo se encuentra presente en el 40% de los pacientes mayores de 10 años, y que la probabilidad de malignizarse aumenta con la edad⁶, además la resolución quirúrgica y su técnica son un nuevo paradigma para la solución paliativa de un cuadro tan dramático y de tantas probabilidades de lesión.

El presente caso expone una paciente anciana con un diagnóstico intraoperatorio y por visualización macroscópica de un quiste de colédoco tipo I Todani, por lo tanto, se planteó como decisión operatoria, el drenaje de la vía biliar para descompresión de esta, y coadyuvar a la mejoría del cuadro agudo.

Es conocido que el criterio quirúrgico más aceptado para la resolución del quiste coledociano al nivel referido es la resección completa del quiste más una hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux¹; sin embargo se consideró la colocación de

una sonda de Nélaton (calibre 16) multifenestrada en sus extremos, haciéndola pasar desde el colédoco hasta rebasar la Ampolla de Váter en dirección isoperistáltica hasta aproximadamente 8 cm de extensión y que su extremo proximal estuviera a la altura de la bifurcación de los hepáticos.

El dispositivo actuaría básicamente permitiendo la continua dilatación del esfínter de Oddi y se garantizaría el paso del contenido biliar al duodeno.

Su localización impediría que se bloqueara en dirección proximal considerando que se trata de un proceso neoplásico que por su localización y tipo histológico presupone una esperanza de vida muy limitada y quedaría ubicado en dirección isoperistáltica en el duodeno evitando en cierta medida que el contenido luminal refluya hacia la vía biliar.

Además, se evitaría la comorbilidad derivada de cualquier procedimiento resecativo, así como las manifestaciones resultantes de fugas potenciales de derivaciones biliodigestivas, considerando sobre todo que se trata de medidas paliativas en una enferma con muy mal estado general y presencia de una entidad que por sí sola constituye un reto aún en manos experimentadas; siendo esto algo innovador y que demostró tener resultados satisfactorios.

Se complementó el procedimiento con la colocación de una sonda de Kehr en el colédoco sobre la sonda de Nélaton, la cual serviría como tutor, intentando la descompresión de la vía biliar como procedimiento habitual de toda coledocotomía.

Otro detalle que merece resaltarse se relaciona con la probabilidad de malignización de la entidad inicial, es decir

del Quiste de colédoco, la cual se ha visto entre el 10% - 30% de todos los casos de quiste coledociano⁷, además se reporta que historias de Colangitis y procedimientos de drenaje de la vía biliar, están relacionados con un incremento en el riesgo de colangiocarcinoma.⁸

Opinión similar aportó Gong⁹, quien estableció en su estudio de 291 adultos con diagnósticos de Quiste de colédoco, que 24 de ellos (10.1%) presentaron colangiocarcinoma tipo mucinoso. Otras series correlacionan tal posibilidad con énfasis en los Quistes coledocianos tipo I y IV.¹⁰

La revisión expone evidencias de lo anterior e invita a reflexionar en tal sentido.

CONCLUSIONES

La posibilidad de considerar el diagnóstico en pacientes seniles, no debe descartarse, ni aún con sintomatología aguda.

Pese a la baja incidencia aportada por las literaturas, la asociación entre Quiste de colédoco y malignización es potencial, incrementada con las variantes tipo I y IV.

La técnica empleada pudiera servir como alternativa quirúrgica a considerar en presencia de condiciones similares y en ausencia de nuevos recursos.

REFERENCIAS

1. Martínez Ordaz JL, Niño Solís J. Choledochal cysts in adults. *Cir Ciruj*. 2010;78:57-61.
2. Manoj Kumar C, Brig Rajagopalan S. Choledocal Cyst. *Medical Journal Armed Forces India* 2012, 68:296-298.
3. Babbit DP. Congenital cysts: new etiological concepts based on

- anomalous relationships of the common bile duct and pancreatic bulb. *Ann Radiol.* 1969; 12:231-240.
4. Todani T, Wanatabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajuma K. Congenital bile duct cyst: Classification, operative procedures and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1978; 134: 263-269.
 5. Hopkins NFG, Benjamin IS, Thompson MH, Williamson RCN. Complications of choledochal cysts in adulthood. *Ann R Coll Surg Eng* 1990;72:229-235.
 6. Watanabe Y, Toki A, Todani T. Bile duct cancer developed after cyst excision for choledochal cyst. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 1999;6:207- 212.
 7. Jan YY, Chen HM, Chen MF. Malignancy in choledochal cysts. *Hepatogastroenterology* 2002;49:100-103.
 8. Liu CL, Fan ST, Lo CM, et al. Choledochal cysts in adults. *Arch Surg* 2002;137:465-468.
 9. Gong L, Qu Q, Xiang X, Wang J. Clinical analysis of 221 cases of adult choledochal cysts. *Am Surg* 2012;78: 414-418.
 10. Lee HK, Park SJ, Yi BH, et al. Imaging features of adult choledochal cysts: a pictorial review. *Korean J Radiol* 2009;10: 71-80.

LOS AUTORES

Marcos Edmundo Navarrete Álvarez, Especialista en Cirugía General.

David Stefano Bastidas Meza, Médico General. Residente en Cirugía General.

Luis Alejandro Andrade Mariño, Estudiante de medicina. Internado Rotativo en Cirugía General.

María Teresa Pazmiño Navarrete, Médico General. Residente en Oncología.

Carlos Andrés Gallegos Palacios, Médico General. Postgrado en Urología.

RECIBIDO: Junio 12, 2017

APROBADO: Agosto 14, 2017

