

## Casos Clínicos

# Manejo laparoscópico de un quiste de colédoco, incluyendo mucosectomía

José De Vinatea <sup>1</sup>, Luis Villanueva <sup>1</sup>, Édgar Gonzales <sup>1</sup>, Víctor Díaz <sup>1</sup>

### Resumen

El quiste de colédoco es una enfermedad poco frecuente de la vía biliar. Presentamos un caso de quiste de colédoco Todani I, tratado exitosamente por vía laparoscópica, incluyendo la reconstrucción con un asa desfuncionalizada, en Y de Roux. Además, se realizó una mucosectomía laparoscópica de la porción intrapancreática del quiste. La evolución del paciente fue muy satisfactoria. Se concluye que es factible el manejo laparoscópico del quiste de colédoco.

### Palabras clave

Quiste de colédoco; laparoscopia; tracto biliar.

## Laparoscopy treatment of choledochal cyst including mucosectomy

### Abstract

Choledochal cyst is a rare anomaly of the biliary tract. We present a case of choledochal cyst type I (according to Todani's classification) that was successfully excised by laparoscopy including hepaticojejunostomy. During the operation we performed distal mucosectomy of the intrapancreatic portion of the cyst. The patient had an uneventful recovery. We conclude that laparoscopic management of the choledochal cyst is feasible.

**Keywords:** Choledochal cyst; laparoscopy; biliary tract.

## INTRODUCCIÓN

El quiste de colédoco es una enfermedad poco frecuente en occidente. Se presenta tanto en niños como en adultos. Tiene diferentes formas y la clasificación más común es la de Todani <sup>(1)</sup>, aunque existen otras propuestas <sup>(2)</sup>. La forma más frecuente es el Todani I: dilatación única, extrahepática, usualmente fusiforme <sup>(3)</sup>.

Una de las complicaciones más temibles es su malignización, la cual estaría en fun-

ción de la agresión crónica de la secreción pancreática que refluye a la vía biliar (y al quiste), alterando progresivamente el epitelio biliar y quístico. Este reflujo se debería a su vez a la alta incidencia de anomalías en la unión pancreato-coledociana asociada al quiste de colédoco. La anomalía más frecuente sería la presencia de un conducto común largo <sup>(4)</sup>.

El tratamiento ideal del quiste consiste en su resección completa y una adecuada reconstrucción bilio-digestiva (generalmente, con una asa desfuncionalizada, en Y de Roux). Cuando la resección completa no es factible, la alternativa es una resección parcial. Si no se reseca la pared posterior del quiste, por estar estrechamente adherido a la vena porta, se puede dejar la pared posterior (técnica de Lilly) <sup>(5)</sup>. Sin embargo, si no se puede reseca la porción inferior del quiste, por estar introducida en el páncreas, no se recomienda dejar la mucosa del quiste en contacto con el jugo pancreático, que continuará su agresión al epitelio. Las alternativas propuestas serían realizar una duodenopancreatectomía o una mucosectomía de la porción quística no re-

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía General. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima, Perú.

secada. La primera alternativa es la más eficiente para extirpar todo el quiste, pero sin duda la más agresiva, con todas las consecuencias que esto acarrea. La mucosectomía es una excelente alternativa, mucho menos radical. Tomar la decisión adecuada dependerá de una serie de factores, como por ejemplo la presencia o no de conducto común largo, la demostración de reflujo pancreático hacia la vía biliar, mediante dosaje de amilasas intraquístico, durante el acto operatorio, y la aceptación del paciente de todos los riesgos de la decisión a tomar.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años que, luego de una colecistectomía convencional (Figura 1) con mini-incisión, realizada en otro centro quirúrgico, presenta ictericia. Es transferida a nuestro centro hospitalario, donde se le realiza una colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), encontrándose una dilatación quística de la vía biliar (Figura 2). El tipo de quiste, según la clasificación de Todani modificada, era Ic (fusiforme). Además, se encontró la presencia de un conducto común largo (unión pancreatocoledociana). Posteriormente, se confirma



Figura 1. Incisión de cirugía previa.



Figura 2. Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica de vía biliar.

con una gammagrafía de vías biliares (Figura 3).

Se decidió realizar una extirpación laparoscópica del quiste, con reconstrucción con asa desfuncionalizada, en Y de Roux.

Durante la intervención quirúrgica, se encontró numerosas adherencias de la cirugía previa, las cuales fueron liberadas, hasta ubicar la vía biliar. Se disecó el quiste y la vía biliar (Figura 4), identificándose el muñón cístico, la confluencia del conducto hepático derecho e izquierdo, un pequeño hepático común y el quiste. Se observó que la porción inferior del quiste se introducía en el páncreas. Se punzó el quiste y se tomó una muestra para dosar amilasas. El resultado fue de 56 UI (valor normal).

Comprobado el hecho de que la parte inferior del quiste se introducía en el páncreas, su resección completa sería imposible, salvo con una duodenopancreatectomía; además, se asociaba a la presencia de un conducto común largo dentro del quiste, pero sin amilasas elevadas. Por lo anterior, se decidió realizar una mucosectomía distal. Luego de colocar unos puntos de reparo,

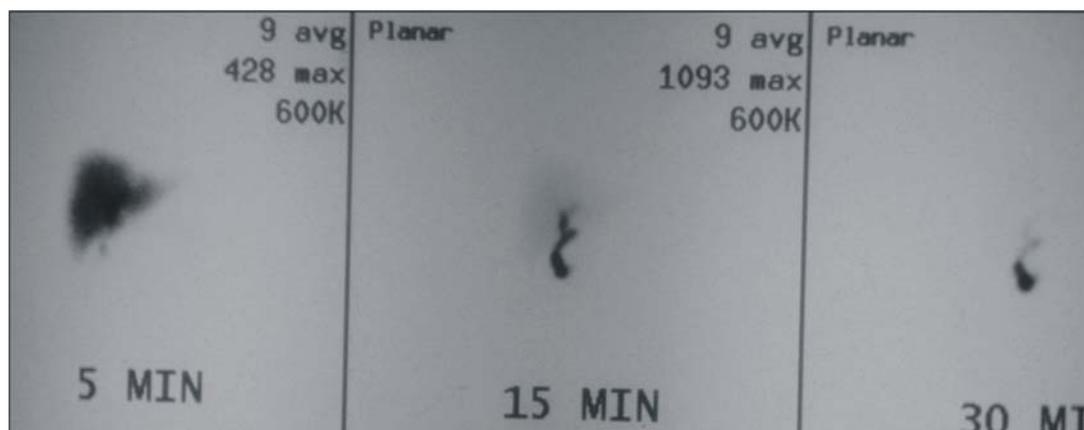


Figura 3. Gammagrafía de vías biliares.

se abrió el quiste (Figura 5) y se tomó una muestra de su pared, para biopsia por congelación, la cual fue informada como negativa para neoplasia maligna. Se exploró la cavidad del quiste, en búsqueda de alguna lesión. Posteriormente, se infiltró la mucosa con epinefrina diluida, con una aguja número 25, formando un habón, por donde se resecó con facilidad la mucosa distal (intrapancreática), en bloque con el quiste proximal (Figura 6). Completada la mucosectomía, se procedió al cierre del muñón distal, con una sutura continua con *prolene* 4-0. El quiste fue separado de la vena porta, con disección con *hook* y tijera, hasta llegar al hepático común, donde

se seccionó, finalizando la fase de resección. Se identificó el ángulo de Treitz y a unos 20 cm se seccionó el yeyuno, con un disparo de *GIA* 30 blanco (Figura 7). Se subió el asa distal en forma transmesocólica y se realizó la derivación bilio-digestiva en un plano, con puntos separados de *Vicryl* 4-0 (Figuras 8 y 9). El pié del asa se realizó a 80 cm, en anastomosis L-L, con *GIA* 60.

La evolución de la paciente fue satisfactoria, saliendo de alta al quinto día postoperatorio. El informe de anatomía patológica (Figura 10) confirmó el diagnóstico de quiste de colédoco y un control

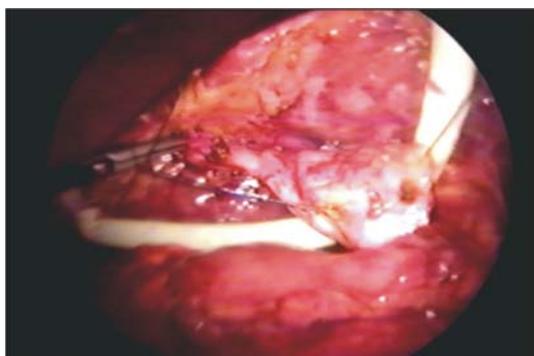


Figura 4. Identificación del quiste.

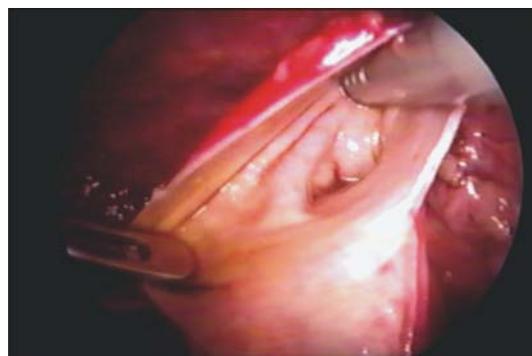


Figura 5. Quiste visto por dentro.

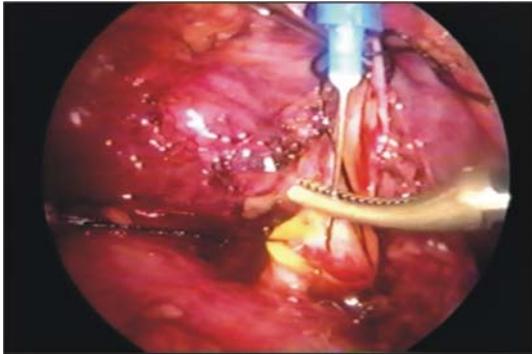


Figura 6. Infiltración de mucosa de quiste con epinefrina.

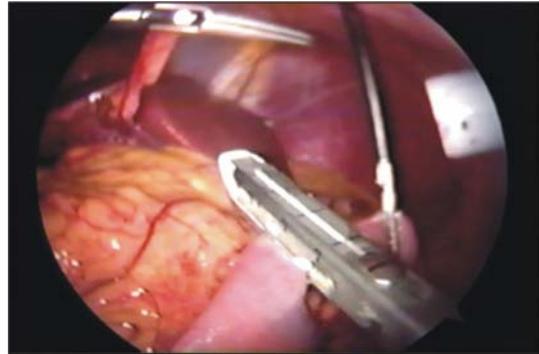


Figura 7. Sección de yeyuno, con autosutura.

gammagráfico un mes después mostró una adecuada derivación (Figura 11).

Seis años después, la paciente se encuentra asintomática y trabajando, sin limitación alguna.

### DISCUSIÓN

Existen escasos reportes de manejo laparoscópico de quiste de colédoco, siendo algunos de ellos solo la fase de resección por vía laparoscópica, para luego realizar la derivación biliodigestiva a través de una incisión. En otros casos, el manejo ha sido completamente laparoscópico (6-8).

En los últimos años, se están presentando algunos informes sobre manejo laparoscópico del quiste de colédoco, en forma total o asistida. Farello describe el primer caso, en 1995 (6). Posteriormente, Shimura publica otro caso, en 1998 (7). Luego, Tanaka, en el 2001, publicó 5 casos (8).

El presente reporte sería el primer caso de manejo completo laparoscópico asociado a mucosectomía. A pesar de ser una patología poco frecuente, de tener diversas formas anatómicas de presentación, con diferentes características individuales, el abordaje laparoscópico ofrece dos posibilidades. La primera es todo lo vinculado a la



Figura 8. Reconstrucción en Y de Roux.



Figura 9. Reconstrucción en Y de Roux.



Figura 10. Pieza operatoria.

resolución de un problema complejo por un método menos invasivo y las consecuencias que se derivan (dolor, estancia hospitalaria, reincorporación laboral, cosmético, etc). La segunda se relaciona con la posibilidad de manejo quirúrgico en un futuro,

intrauterinamente, por vía laparoscópica. Los reportes de diagnóstico intraútero son abundantes y el manejo precoz está relacionado con mejor pronóstico<sup>(9,10)</sup>. Podría ser una interesante línea de trabajo para los cirujanos pediatras.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okijama K. Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures and review of thirty seven cases including cancer arising from choledochal cysts. *Am J Surg.* 1977;134:263-9.
2. De Vinatea J. Quiste de colédoco: Antigua enfermedad, nuevas propuestas. En: Jaramillo A, Kuon R. *Tratado de Cirugía Pediátrica.* Lima: Concytec/Ralph Kuon/Infarmasa; 2005. p. 364-70.
3. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst. Analysis of 1433 patients in the Japanese literature. *Am J Surg.* 1980;140:653-7.
4. Babbitt DP. Congenital choledochal cysts: New etiological concept based on anomalous relationships of the common bile duct and pancreatic bulb. *Ann Radiol.* 1969;12:231-40.
5. Lilly JR. Total excision of choledochal cyst. *Surg Gynecol Obstet.* 1978;146:254-6.

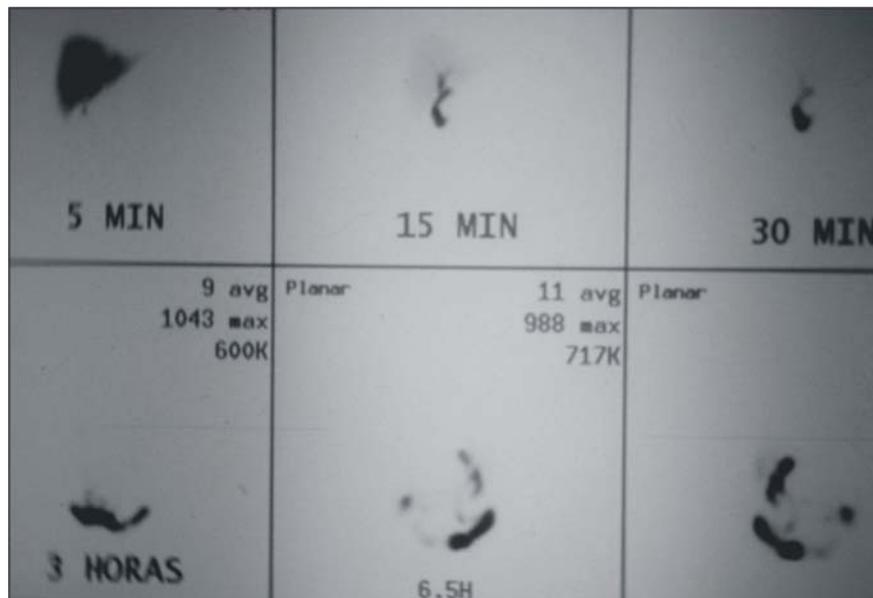


Figura 11. Gammagrafía de control.

6. Farello GA, Cerofolini A, Rebonato M, Bergamaschi G, Ferrari C, Chiappetta A. Congenital choledochal cyst: video-guided laparoscopic treatment. *Surg Laparosc Endosc.* 1995;5:354-8.
7. Shimura H, Tanaka M, Shimizu S, Mizumoto K. Laparoscopic treatment of congenital choledochal cyst. *Surg Endosc.* 1998;12:1268-71.
8. Tanaka M, Shimizu K, Mizumoto K, Yokohata K, Chijiwa K, Yamaguchi K, et al. Laparoscopically assisted resection of choledochal cyst and Roux-en-Y reconstruction. *Surg Endosc.* 2001;15:545-52.
9. Burnweit CA, Birken GA, Heiss K. The management of choledochal cysts in the newborn. *J Pediatr Surg.* 1996;11:130-3.
10. Howell C, Templeton J, Weiner S. Antenatal diagnosis and early surgery for choledochal cysts. *J Pediatr Surg.* 1983;18:387-93.

Manuscrito recibido el 28 de febrero de 2007 y aceptado para publicación el 15 de marzo de 2007.

*Correspondencia:*  
*José De Vinatea De Cárdenas*  
*San Ignacio de Loyola 476 Dpto. 302*  
*Lima 18, Perú*  
*Correo: jomal@terra.com.pe*