

## Quiste de colédoco

### Choledochal Cyst

Jorge Luis Hernández Castro<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0935-0587>

Miguel Ángel Rodríguez Allende<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9069-3792>

Daniela Margoth Caycedo Montiel<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0027-1559>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [kiko@infomed.sld.cu](mailto:kiko@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

**Introducción:** Los quistes del colédoco son dilataciones de las vías biliares intra, extrahepáticas, o ambas, y son infrecuentes. La tríada clínica clásica es ictericia, masa abdominal palpable y dolor abdominal.

**Objetivo:** Presentar un caso con quiste de colédoco.

**Presentación de caso:** Mujer de 56 años con antecedente de hipertensión arterial y colecistectomía. Acudió al Hospital Hermanos Ameijeiras por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho. Se le realizó el examen físico y presentó ictericia conjuntival, abdomen blando doloroso a la palpación en el cuadrante superior derecho, signo de Murphy, no masas palpables, sin irritación peritoneal ni visceromegalia. La resonancia magnética nuclear del abdomen demostró colédoco con dilatación sacular de 76 x 52 mm, paredes finas, múltiples imágenes hipointensas en su interior, con ausencia de señal, y otras heterogéneas, en relación con litos. Se planteó como diagnóstico coledococoele tipo III, y este fue confirmado después de la resección quirúrgica. La evolución fue favorable.

**Conclusión:** Se presentó el caso para ampliar el conocimiento científico en esta área, debido a la rareza de esta afección.

**Palabras claves:** quiste; colédoco; coledococoele.

## ABSTRACT

**Introduction:** Choledochal cysts are dilatations of the intra, extrahepatic, or both bile ducts and they are rare. The classic clinical triad is jaundice, palpable abdominal mass, and abdominal pain.

**Objective:** To report a case of choledochal cyst.

**Case report:** This is a 56-year-old woman with a history of arterial hypertension and cholecystectomy. She went to Hermanos Ameijeiras Hospital due to abdominal pain in the epigastrium and right hypochondrium. A physical examination was performed and she presented conjunctival jaundice, soft abdomen that was tender to palpation in the upper right quadrant, Murphy's sign, no palpable masses, no peritoneal irritation, or visceromegaly. Magnetic resonance imaging of the abdomen showed a dilated common bile duct measuring 76 x 52 mm, thin walls, multiple hypointense images inside, with no signal, and other heterogeneous images, related to stones. The diagnosis was type III choledochoceles, which was confirmed after surgical resection. The evolution was favorable.

**Conclusion:** The case was reported to expand scientific knowledge in this area, due to the rarity of this condition.

**Keywords:** cyst; common bile duct; choledochocoele.

Recibido: 28/11/2023

Aceptado: 01/12/2023

## Introducción

Los quistes del colédoco son dilataciones de la vía biliar extrahepática, la intrahepática o ambas, con repercusión en la función hepática a corto o largo plazo. Por primera vez fueron descritos en 1723 por Vater y Ezler; la primera resección quirúrgica de un quiste del colédoco fue realizada en 1924 por Mac Whorter. Los quistes coledocianos son una condición médica rara, con una incidencia en la población occidental de 1 en 100 000 a 150 000 nacidos vivos por año. Tienen un claro predominio en las mujeres, con una relación de 4:1. La edad media de presentación en adultos es entre los 20 y los 30 años.<sup>(1,2)</sup>

La presentación clínica es muy variable. La tríada clásica de ictericia, masa abdominal palpable y dolor abdominal, debe hacer sospechar el diagnóstico en los niños; en adultos solo se presenta en el 20 % de los casos. Este último grupo se relaciona con una mayor frecuencia a los síntomas clínicos más comunes de la enfermedad hepato-biliar, como ictericia, colangitis, litiasis, neoplasia coledociana y pancreatitis. En algunos, la presentación inicial es con alguna complicación, como hemorragias digestivas, varices esofágicas, hipertensión portal y peritonitis biliar por rotura del quiste.<sup>(3,4,5,6,7)</sup>

Esta investigación tuvo el objetivo de presentar un caso con quiste de colédoco, teniendo en cuenta que dicha entidad tiene una incidencia muy baja en Cuba, y aún menos en el Hospital Hermanos Ameijeiras, por lo que podrá incidir en la ampliación del conocimiento científico en esta área.

## Presentación de caso

Se trata de una mujer de 56 años, con antecedentes patológicos personales de HTA grado II, compensada. Inicia con un cuadro de dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho posterior a ingesta de alimentos colecistoquinéticos. Es tratada durante un mes sin mejoría.

Con el cuadro clínico anterior es remitida al Hospital Hermanos Ameijeiras, en el cual se solicita ultrasonido del hemiabdomen superior, en el que se observa la vesícula con paredes engrosadas, escleroatrófica, con litiasis en su interior. Cercano a esta se describe una imagen anecoica, de contornos bien definidos con litos internos, que recordó a un quiste coledociano.

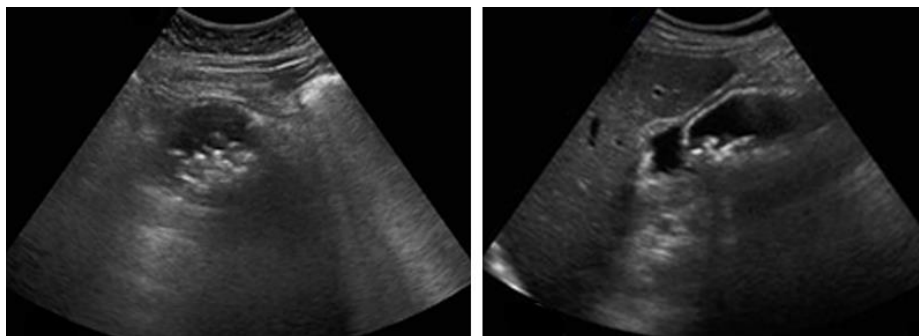
Por lo anteriormente descrito, se diagnostica una colecistitis aguda, asociada a un quiste del colédoco. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándole colecistectomía laparoscópica, sin complicaciones.

Un mes más tarde, la paciente acudió nuevamente al hospital, y refirió persistencia de los síntomas iniciales. En la exploración física se mostraba con ictericia conjuntival, abdomen blando, doloroso a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Murphy, sin masas palpables, sin presencia de visceromegalia, ni datos de irritación peritoneal, llenado capilar inmediato.

## Exámenes diagnósticos

Analítica sanguínea: hemoglobina 12,4 mg/dL, hematocrito 39,1 %, leucocitos 8,9 x 10<sup>3</sup>/L, plaquetas 234 x 10<sup>9</sup>/L, glucosa 76 mg/dL, bilirrubinas totales 4,1 mg/dL (elevada), bilirrubina directa 3,6 mg/dL, bilirrubina indirecta 0,5 mg/dL, amilasa 75 U/L, AST 23 UI/L, ALT 30 UI/L, fosfatasa alcalina 100 U/L, GGT 40 UI/L, parcial de orina sin alteraciones.

Ecografía abdominal: imagen anecoica, redondeada, con paredes de 1 mm de grosor aproximadamente, con bordes regulares, bien definidos, elementos hiperecogénicos en su interior que recuerdan litos; localizada en proyección del colédoco, que parece corresponder con un quiste coledociano tipo III (fig. 1).



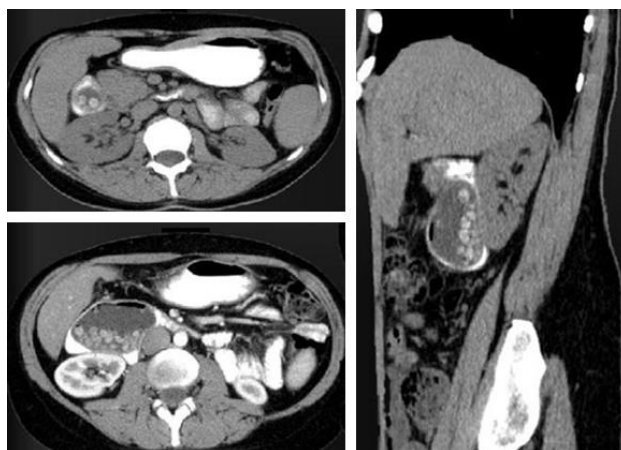
**Fig.1-** Ultrasonido de la vesícula.

Radiografía de esófago, estómago y duodeno: esófago normal. Hernia hiatal por deslizamiento de 3 cm. En la segunda porción del duodeno, a partir del área papilar, extendiéndose hasta la tercera porción, se observa un defecto de lleno de forma ovoidea, con contornos bien definidos, lisos, que mide 86 x 59 mm. El resto del duodeno y las primeras asas yeyunales tienen aspecto normal. La impresión diagnóstica fue una lesión de la pared duodenal, que podía tratarse de una duplicidad intestinal, un tumor benigno, o un quiste del colédoco de la variedad coledococoele. (fig.2).



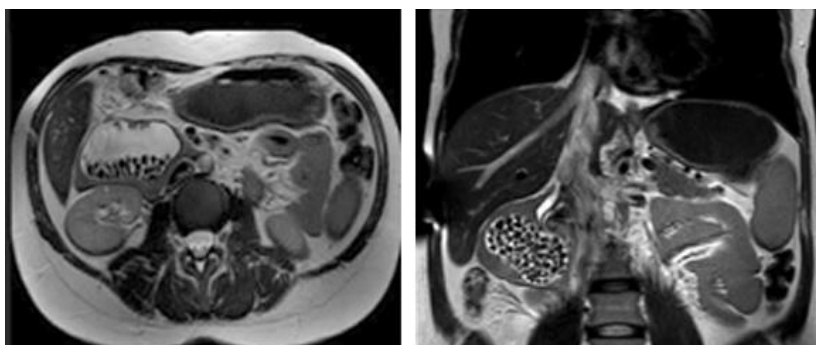
**Fig. 2-** Examen de EED.

Tomografía computarizada del abdomen, simple y contrastada: reportó imagen sacular por debajo del lóbulo hepático derecho, y en íntimo contacto con el duodeno, con contenido hipodenso en relación con el líquido, múltiples imágenes hiperdensas en su interior que se relacionan con litos. Estos hallazgos apoyan el diagnóstico de coledococoele, aunque no se pueden descartar otras posibilidades, como la presencia de un cístico largo (fig. 3).



**Fig.3-** Examen de TAC.

Resonancia magnética nuclear del abdomen: ligera hepatomegalia. No hay dilatación de las vías biliares intrahepáticas. Por debajo del lóbulo hepático derecho, en proyección del colédoco, se observó una dilatación sacular, de 76 x 52 mm, con paredes finas, y múltiples imágenes en su interior hipointensas, con ausencia de señal, y otras heterogéneas, en relación con litos. En el corte coronal al mismo nivel, se observó el colédoco dilatado con múltiples imágenes hipointensas en su interior que sugiere el diagnóstico de un coledococoele (fig. 4).



**Fig.4-** Examen de RM.

Teniendo en cuenta la coincidencia diagnóstica de todas las técnicas de imágenes realizadas, se decidió que no era necesario practicar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, se consideró además, que en este caso no cumpliría un objetivo terapéutico.

Se concluye este caso como un coledococoele, o quiste del colédoco tipo III de la clasificación de Todani.

Definida la anatomía del quiste, su clasificación, y la relación con estructuras adyacentes, se practica cirugía, nuevamente por vía laparoscópica. La intervención

fue realizada con éxito, sin complicaciones, ni posoperatorias, y la paciente tuvo una evolución favorable.

Hallazgos operatorios: quiste del colédoco de aproximadamente 6 x 4 cm, hígado de aspecto normal. Se realizó el estudio anatomopatológico de la muestra, que corroboró el diagnóstico.

### Los quistes de colédoco

Los quistes de colédoco son más frecuentes en niños, sin embargo; no son excepcionales en adultos. Las técnicas de imagen no invasivas y la colangiopancreatografía retrograda endoscópica han sido esenciales, aunque, la colangiopancreatografía por resonancia magnética ofrece mayores ventajas que la primera como método diagnóstico. El tratamiento dependerá del tipo de quiste de colédoco. La rareza de esta afección, dificulta el desarrollo de un tratamiento unificado. El manejo adecuado lleva a resultados y porcentajes de complicaciones aceptables. La malignización suele ser rara, a pesar de esto, la resección del quiste coledociano no reduce el riesgo a niveles basales, por lo que debe mantenerse la vigilancia a largo plazo.

Se concluye que los quistes de colédoco son una enfermedad rara, por lo que la divulgación de este caso podrá incidir en la ampliación del conocimiento científico en esta área, debido a la rareza de esta afección.

### Referencias bibliográficas

1. Sánchez JA, Gómez S, Morales C, Hoyos SI. Quistes del colédoco. Rev Colomb Cir. 2015 [acceso 15/10/2023];30:296-305. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/sciELO.php?script=sci\\_arttext&pid=S20117582201500040007](http://www.scielo.org.co/sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S20117582201500040007)
2. Mayorga Garcés A, Mayorga Garcés H. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de los quistes de colédoco. RAPD Online. 2018 [acceso 15/10/2023];41(6):280-84. <https://www.sapd.es/revista/2018/41/6/02>
3. Rayya F, Balouli M, Alshaikha Y. Congenital Common Bile Duct Cystic: Report of A Case. Rev. Pediatric Surgery Case Reports. 2019;43:8-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2019.01.001>
4. Olmos Casas J, González Zavala PA, Cruz Robles JA, Olmos Sosa JE. Quiste de colédoco. Rev Cirujano General 2020;42(1):38-44. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/92710>

5. Al Samaraee A, Bhattacharya V. Cystic duct cyst in adults: a systematic review of the sixth entity. Surg Today (2022). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00595-022-02461-37>
6. Xia H, Yang T, Liang B, Zeng J, Dong J. Role of the Surgical Method in Development of Postoperative Cholangiocarcinoma in Todani Type IV Bile Duct Cysts. Gastroenterology Research 2016 [acceso 15/10/2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512594>
7. Hove A, Meijer VE, Hulscher JB, Kleine RH. Meta-analysis of risk of developing malignancy in congenital choledochal malformation. The British Journal of Surgery. 2018 [acceso 15/10/2023];105(5):482-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5900735/?mcsckid=e8eecedbcdb011ec84e88b964a4479bb>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.