

DILATACIÓN BILIAR CONGÉNITA. 8 CASOS. HOSPITALES COROMOTO Y UNIVERSITARIO DE MARACAIBO

HINESTROZA-VALBUENA, DILMO A.*
COLMENARES, DORA M.**
FERRER, CARLOS A.***
ROSALES, ANA K.****
HINESTROZA-FINOL, DIOVERYS*****

RESUMEN:

Objetivos: Revisar la experiencia de la unidad de cirugía hepática, biliar, pancreática y trasplante de hígado en el diagnóstico y tratamiento de la dilatación biliar congénita. Estudio realizado en el Hospital Universitario y Hospital Coromoto de Maracaibo.

Pacientes y métodos: Se revisan los formularios de investigación clínica realizados a los pacientes con diagnóstico de dilatación biliar congénita en un período entre junio 1989 y noviembre 2004. Se describen 8 pacientes consecutivos. Seis femeninos y dos masculinos. Signos y síntomas, métodos diagnósticos, intervención realizada, resultados histológicos y complicaciones perioperatorias y tardías fueron evaluados.

Resultados: Se describen 8 pacientes. 75% son femeninos y el promedio de edad es de 31,7 años. El 62% consultó por dolor abdominal. El diagnóstico se realizó por imagenología. Al 100% se le practicó cistectomía con anastomosis bilioentérica. El 25% de los pacientes presentó complicaciones mayores. Actualmente todos los pacientes están vivos y asintomáticos. El análisis estadístico fue elaborado en Excel 2003.

Conclusión: El diagnóstico se hace por imágenes diagnósticas, recomendamos colangiografía. El tratamiento de elec-

ción es la cistectomía y derivación bilioentérica. La intervención quirúrgica debe ser realizada por cirujanos expertos en cirugía pancreatobiliar.

Palabras clave: Dilatación biliar congénita, Cistectomía, Derivación bilioentérica.

ABSTRACT CONGENITAL BILE DUCT CYST, 8 CLINICAL CASES. HOSPITALES COROMOTO Y UNIVERSITARIO DE MARACAIBO

Objectives: To review the experience of the unit of hepatic, biliary, pancreatic and liver transplantation of the Hospital Coromoto and Hospital Universitario de Maracaibo, in diagnostic and treatment of congenital dilatation of the bile duct.

Patients and methods: Patients with diagnostic of congenital biliary dilatation are reviewed in a period between June 1989 and November 2004. Eight consecutive patients describe themselves. Six female and two masculine. Signs and symptoms, diagnostics methods, surgical procedure, histopathological results, perioperative and long-term outcome complications were evaluated.

Results: Eight patients describe themselves. 75% are female and the age average of 31.7 years old. 62% consults for abdominal pain. The diagnostic was made for imaging methods and 100% underwent cystectomy and bilioenteric anastomosis. 25% of the patients present mayor complications. At the moment all are alive and asymptomatic. The statistics analyze was elaborated in Excel 2003.

Conclusions: The diagnostics becomes by imaging diagnostics methods, we recommended magnetic resonance imaging with cholangiopancreatography. The better treatment is cystectomy with bilioenteric anastomosis. Surgical procedure must be made by expert surgeons in pancreaticobiliary surgery.

Key words: Congenital biliary dilatation, Cystectomy, Bilioenteric anastomosis.

* Jefe Unidad de Cirugía Hepática-Biliar-Páncreas y Trasplante Hígado Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. Miembro S.V.C.
** Adjunto Unidad de Cirugía Hepática-Biliar-Páncreas y Trasplante Hígado Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. Miembro S.V.C.
*** Adjunto Unidad de Cirugía Hepática-Biliar-Páncreas y Trasplante Hígado Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. Miembro S.V.C.
**** Adjunto Unidad de Cirugía Hepática-Biliar-Páncreas y Trasplante Hígado Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. Miembro S.V.C.
***** Estudiante de pre grado. Medicina. Universidad del Zulia. Sexto año

El término dilatación biliar congénita está sustituyendo al término quiste coledociano, por lo que este último es sólo una malformación, aunque la más frecuente de un conjunto de anomalías localizadas en el sistema pancreatobiliar.

La dilatación biliar congénita es una entidad nosológica rara y siendo congénita el 20% se diagnostica en la edad adulta^(1,2).

El presente trabajo describe la experiencia de los autores con 8 dilataciones biliares congénitas evaluados e intervenidos quirúrgicamente por los autores en los Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo. El 100% fue Tipo IA de la clasificación de Alonzo-Lej modificada por Todani. Se les realizó cistectomía y derivación bilioentérica en Y-Roux. Seis femeninos y 2 masculinos. Cinco presentaron complicaciones en el pos-operatorio.

La primera descripción anatómica de dilatación biliar congénita fue realizada por Vater en 1723, fue Douglas quien lo describió como una entidad clínica bien definida. Alonzo-Lej en 1959 realiza la primera clasificación anatómica que después es complementada por Todani⁽³⁻⁸⁾. La clasificación actual incluye: Tipo I (la dilatación quística de la vía biliar extrahepática, Ib dilatación segmentaria del colédoco y Ic dilatación cilíndrica difusa de la vía biliar extrahepática), el más frecuente, 85% - 90% y consiste en la dilatación fusiforme de la vía biliar común, Tipo II una formación diverticular. Tipo III coledococoele de la parte terminal del colédoco. Manning describe dos tipos de coledococoele intraduodenal: el más frecuente en el cual el conducto biliar común y el conducto pancreático principal entran por separado al coledococoele y el otro tipo en el cual el coledococoele es un divertículo del conducto biliar común después de su unión con el conducto pancreático principal. Tipo IV que incluye el tipo I combinado con Enfermedad de Caroli (IVa) o quistes extrahepáticos múltiples (IVb) y el Tipo V que es la enfermedad de Caroli.^(4,5,6,7)(Gráfico 1)

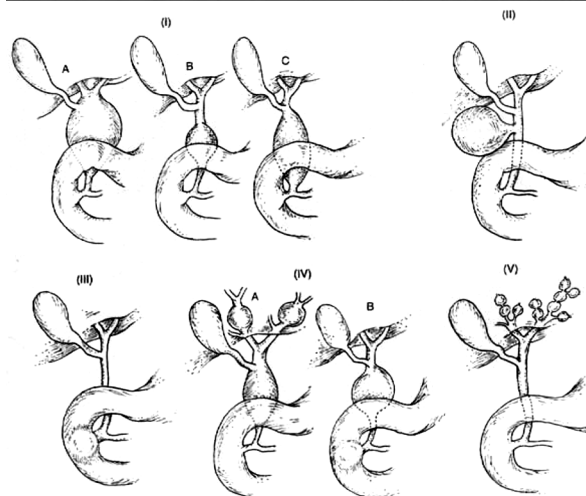
Histológicamente la dilatación biliar congénita consiste de una pared gruesa con tejido conectivo denso entrelazado con músculo liso.

Una de las teorías de su origen sugiere que la unión de los conductos biliar común y pancreático es alta y por lo tanto existe reflujo de líquido pancreático en la vía biliar y la tripsina ocasiona daño de la pared ductal durante la vida intrauterina. Otra teoría sostiene que es debido a algún tipo de obstrucción del colédoco durante las fases tempranas del desarrollo⁽⁹⁻¹²⁾.

Se describe el desarrollo de cáncer en dilatación biliar congénita entre 2,5% y 30% que está relacionado con la displasia y metaplasia del epitelio^(5,13-17).

Gráfico 1

Clasificación de Todani



Fuente: Hospitales Coromoto y Universitario de Maracaibo.

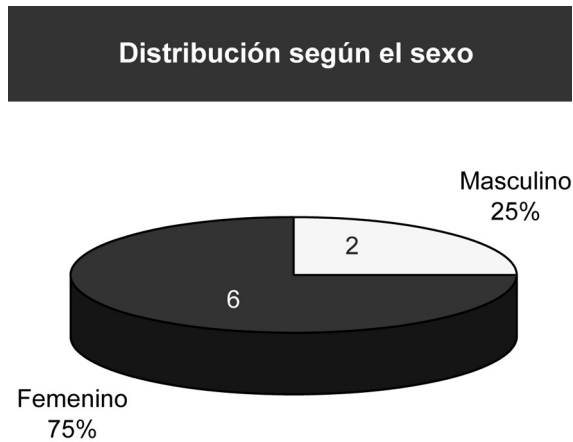
En el presente estudio se describe nuestra experiencia con 8 casos de dilatación biliar congénita desde 1989 hasta noviembre de 2004.

PACIENTES Y MÉTODOS

El presente trabajo refleja la experiencia de los autores en la unidad de cirugía hepática, biliar, pancreática y trasplante de hígado en los Hospitales Coromoto y Universitario de Maracaibo y para ello se revisaron los formularios de investigación clínica llenados a cada paciente con dilatación biliar congénita. Fueron ordenados según la clasificación de Alonzo-Let modificada por Todani. Los pacientes han sido seguidos en la consulta externa del hospital y por vía telefónica. Se describen su incidencia con respecto al sexo, edad, síntomas, signos, métodos de imágenes usados para el diagnóstico, intervención realizada, duración de la intervención, complicaciones postoperatoria y resultado de anatomía patológica.

RESULTADOS

El 75%⁽⁶⁾ de los pacientes fueron femeninos y 25%⁽²⁾ masculinos. (Gráfico 2). El promedio de edad 31,75 años con una variación entre 15 y 53 años. El 87,5%⁽⁷⁾ consultó por dolor abdominal, 62,5%⁽⁵⁾ por ictericia, 37,5%⁽³⁾ por fiebre y vómitos. (Tabla 1). Al 62,5% (5) de los pacientes se le había practicado colecistectomía abierta y al 25%⁽²⁾ derivación bilioentérica: 1 cistoyeyunoanastomosis y 1 cistoduodenoanastomosis, ambas estaban estenosadas. El diagnóstico se realizó en el 100% de los casos por métodos de imágenes: ecosonograma 8 (100%)

Gráfico 2

F.I. Archivo Clínico. Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo

Tabla 1

Distribución por signos y síntomas

| Síntomas | Pacientes | % |
|-----------------|-----------|------|
| Dolor abdominal | 7 | 87,5 |
| Vómitos | 3 | 37,5 |
| Ictericia | 5 | 62,5 |
| Coluria | 1 | 12,5 |
| Acolia | 2 | 25 |
| Fiebre | 3 | 37,5 |
| Escalofríos | 2 | 25 |

F.I. Archivo Clínico. Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo

pacientes, CPRE 6 (75%), TAC 3 (37,5%). (Tabla 2). Todos presentaban dilatación biliar congénita Tipo Ia según la clasificación de Alonzo-Lej modificada por Todani.

Al 100% se le realizó cistectomía con anastomosis a asa intestinal desfuncionalizada de aproximadamente 72 cms tipo Y de Roux: 2 (25%) hepatico-yeyuno-anastomosis término-lateral y 6 (75%) tipo Hepp-Couinaud. Dos (25%) pacientes recibieron

Tabla 2

Distribución por imágenes diagnósticas

| Imágenes | Pacientes | % |
|--------------|-----------|------|
| Ecosonograma | 8 | 100 |
| TAC | 3 | 37,5 |
| CPRE | 6 | 75 |
| TPH | 2 | 25 |
| HIDA | 2 | 25 |
| RM | 1 | 12,5 |

F.I. Archivo Clínico. Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo

500 ml de sangre completa en el trans-operatorio. Se presentó infección en herida operatoria en 2 (25%) de los pacientes, 2 (25%) presentaron atelectasia basal derecha, 1 (12,5%) sangrado en el postoperatorio inmediato, absceso intrabdominal 1 (12,5%) y obstrucción intestinal 1 (12,5%). (Tabla 3).

Tabla 3

Distribución por complicaciones peri-operatorias

| Complicaciones | Pacientes | % |
|-------------------------|-----------|------|
| Infecciones Heridas | 2 | 25 |
| Atelectasia | 2 | 25 |
| Absceso intra-abdominal | 1 | 12,5 |
| Sangrado | 1 | 12,5 |
| Obstrucción intestinal | 1 | 12,5 |

F.I. Archivo Clínico. Hospitales Universitario y Coromoto de Maracaibo

Un paciente presentó colangitis en dos oportunidades pero no se demostró estrechez de la anastomosis en la colangiografía transparietohepática (TPH).

En los resultados histopatológicos 3 (37,5%) pacientes se demostró metaplasia escamosa en la pared del quiste.

DISCUSIÓN

La dilatación biliar congénita es una entidad bastante rara. El diagnóstico clínico se corrobora por imagenología. Nosotros recomendamos realizar en estos pacientes en que se sospeche una dilatación biliar la colangiografía. El tratamiento de elección es la cistectomía y derivación bilioentérica con asa desfuncionalizada. Existe un riesgo alto de complicaciones perioperatorias, por lo cual es recomendable que este tipo de cirugías sea realizado por cirujanos expertos en cirugía pancreatobiliar. Recordemos que estas dilataciones tienen una alta probabilidad de malignización que ha llegado hasta un 30 % en algunas series^(5,13,17). Por eso, la necesidad de reseca por completo la dilatación y evitar la tentación de realizar anastomosis directamente al quiste.

REFERENCIAS

- Zuidema. Yeo, Shackelford. Cirugía del aparato digestivo. Editorial Médica Panamericana. 2005, 342-347.
- Sabbatini, G. B, Marmorale. G, Cisti Congenita del Coledoco Minerva Chirurgica 1994; pag: 1335-1341.
- Deziel DJ, Rossi RL, Munson L, et al. Management of bile duct cyst in adult. Arch Surg 1986; 121: 410-415.
- Steven C, Carol R, et al. Choledocal cyst in the adult. Ann Surg. 1995; 222: 128-133.
- Cameron, J. Current Surgical Therapy. Sixth Editio. 1998, 439 - 442. Mosby Editorial
- Cameron J. Current Surgical Therapy 8th Edition. Mosby 2004, 420-426
- Todani T. Watanabe et al. Congenital bile duct cyst: classification operative procedure and review of thirty seven cases including cancer arising from choledochal cysts. Am J Surg 1997. 134:263-269.
- Ishizaki Y, Bandai Y, Shimomura K, Makuuchi M. Healing process of sutureless choledochojunostomy in a experimental model. Br J Surg 1995, 82,1118-1121
- Bancroft J, Bucuvalas J, Ryckman F, Dudgeon D, Saunders R, Schwarz K. Antenatal diagnosis of choledochal cyst. J Pediatric Gastroenterol Nutr, Vol. 18 No. 2 1994; 142:145.
- Blumgart LH. Cancer of the bile duct. In Blumgart LH. Ed. Surgery of the Liver and Biliary Tract. London: Churchill Livingstone. 1998. Pp829-853.
- Arun Kumar, V. Seenu. N.K. Khosla. Et al. Agenesis of gallbladder with choledochal cyst - An unusual combination. Tropical Gastroenterology. 1994;15;33-36.
- C E L Tan, E r Howard, M Driver, I M Murray-Lyon. Non- communicating multiseptate gall bladder and choledochal cyst: a case report and review of publications. Department of Gastroenterology, Charing Cross Hospital, London. Pag:853-856.
- Kazuaki, Y. Junichi, T., Kazuhiko, K. Choledochoceles with obstructive jaundice: A case report and a review of the Japanese literature. J Gastroenterol. 1994; 29:661-664.
- St-Vil D, Luks FJ; Bensoussan AL. Common bile duct cysts in children. Journee Chirurgicale, Université de Montréal, 1991. Pag 821-825.
- Ok H, Hong J, Byung G. Imaging of the choledochal cyst. RadioGraphics. 1995; 1: 69-88.
- Current Probl Surg, June 1992: 365-410
- Sheila Sherlock & James Dooley Diseases of Liver and Biliary System. 1997; 585.

PRÓXIMOS EVENTOS

INSTITUTO DE CIRUGÍA EXPERIMENTAL DE LA UCV

Calendario Cursos:

Marzo, Mayo, Junio, Octubre 2007

- Laparoscopia Básica: 23 y 24 de marzo
- Laparoscopia Intermedia: mayo 11 y 12; junio 22 y 23
- Laparoscopia Avanzada: octubre 26 y 27
- Microcirugía una semana dedicación exclusiva, de 8am a 5pm

Información:

Tlfs.: (0212) 605.36.24 605.36.25

Correo-e: cirugiaexperimental@gmail.com

XCIII CONGRESO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS

7 - 11 de octubre de 2007

Ernest N. Morial Convention Center
New Orleans, USA.

IX CONGRESO VENEZOLANO DE MASTOLOGÍA

13 - 17 de octubre de 2007

Hotel del Lago Intercontinental, Maracaibo

LXXVIII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

20 al 24 de octubre de 2007

Hotel Sheraton Buenos Aires

XXXI CONGRESO MEXICANO DE CIRUGÍA

Asociación Mexicana de Cirugía

Octubre 29 a noviembre 2 de 2007

León, Guanajuato
México