

Hepático-yeyunostomía después de escisión (extirpación) de quiste de colédoco: reporte de 23 casos

Autores: Dr. Carlos Solis Balbuena

Jefe del servicio de cirugía del instituto de salud del niño. Coordinador de residentado de cirugía pediátrica U.N.M.S.M. Past – presidente Sociedad Peruana de Cirugía Pediátrica. Ex – profesor Fac. Medicina Humana “U. Hipólito Unanue” U.N.F.V.

Dr. Carlos Bazan Zender

Director médico de la clínica San Felipe. Past – presidente Soc. Peruana de Cirugía Pediátrica. Past – presidente Asociación Panamericana de Cirugía



RESUMEN

Nuestra casuística data desde el año 1990 hasta en año 2001.

Hemos atendido pacientes de 17 días de edad hasta de más de 10 años.

La predominancia del sexo femenino es notoria, 78% de los pacientes.

La variedad 1 de la clasificación de Todani fue el hallazgo más frecuente, representando el 82.6% de casos.

El signo más frecuente de la tetrada con la cual se manifiesta esta entidad fue la masa abdominal seguida de ictericia, dolor abdominal y fiebre.

El tratamiento quirúrgico de elección fue la quistectomía total con derivación biliodigestiva en Y de Roux. 19 pacientes fueron intervenidos mediante esta técnica.

17 pacientes tuvieron una evolución postoperatoria normal.

Las complicaciones presentadas correspondieron a cuadro suboclusivo adherencial (dos niñas), fuga a través de la anastomosis biliodigestiva (dos niños). La evolución, luego de aplicar las medidas necesarias, fue satisfactoria.

Dos casos habían sido sometidos anteriormente a cistodueno

Anastomosis y debimos intervenirlos por complicaciones (cistolitiasis y colangitis respectivamente) encontrando el quiste firmemente adherido a la pared duodenal, lo que nos obligo a dejar esa parte y reseca todo el resto.

Tuvimos dos perdidas. Ambos casos presentaron quiste de colédoco

Asociado con otra entidad:

- Uno de ellos con estenosis duodenal siendo la causa de la muerte una complicación séptica.
- El otro caso estuvo asociado, con atresia de vías biliares, falleciendo la paciente de cirrosis hepática, 8 meses después de la operación.

Marco teórico

El quiste de colédoco es una variedad de coangiopatía obstructiva infantil que se presenta como una dilatación de la vía biliar que puede ser tanto

intrahepática como extrahepática. Anatómicamente, aunque es considerado como un quiste, consiste en una dilatación o divertículo del colédoco.

Se ha demostrado que su fisiopatogenia obedece a un anómalo drenaje de la vía pancreato-biliar, por ende se presume que el reflujo del jugo pancreático hacia el colédoco alteraría las paredes del mismo causando, de esta manera, su dilatación como consecuencia de la inflamación, de la obstrucción distal del colédoco y de la colagitis.

Considerando que el esfínter de Oddi no regularía normalmente el drenaje pancreato-biliar, también podría ocurrir, de manera inversa, el reflujo de bilis hacia el páncreas provocando pancreatitis.

Historia

EN 1723 Vater hace referencia por primera vez al quiste colédoco.

Douglas en 1852 publicó un informe detallado del caso de una dama joven quien presenta con la sintología de dolor abdominal, ictericia y fiebre manifestados desde hace cuatro años. El examen clínico reveló la presencia de una masa en el cuadrante superior derecho del abdomen. La paciente mejoró al practicársele drenaje percutáneo, pero, sin embargo, fallecería un mes después.

Los diversos métodos quirúrgicos que se han practicado desde que se iniciara el tratamiento del quiste colédoco propugnaban, todos ellos, el drenaje interno del mismo. En algunos casos se trataba de la confección de una conexión con el duodeno adyacente por medio de una anastomosis letero-lateral de sencilla realización. En otros casos se empleó la cito-enteroanastomosis en Y de Roux.

Sin embargo, a pesar de los efectos iniciales aparentemente exitosos, el resultado a largo plazo no fue satisfactorio. La investigación y el conocimiento cabal de la fisiopatogenia del quiste comprobaron el peligro de dejar una cavidad potencialmente riesgosa. Se demostró que la persistencia de la cavidad quística favorecería a la cistolitiasis y la degeneración neoplásica, y que, igualmente, podía aparecer fibrosis hepática progresiva. Es así que desde hace unos 30 años se modificó el concepto del tratamiento de esta entidad siendo el consenso general extirpar totalmente el quiste y practicar derivación biliodigestiva en Y de Roux.

En nuestra práctica, nosotros extirpamos el quiste y confeccionamos yeyunostomía de Y de Roux.

Material y métodos

En este trabajo presentamos 23 casos de quiste colédoco tratados tanto en el Instituto de Salud del Niño como en nuestra práctica privada.

En los cuadros que acompañan el trabajo podemos observar la distribución por sexo, edad, signos y síntomas, condiciones asociadas y complicaciones.

Hemos utilizado la clasificación de Todani, siendo el hallazgo más frecuente la variedad 1 presente en 19 pacientes (82.6%).

Actualmente, la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada son de ayuda invaluable para determinar la relación del quiste con otras estructuras anatómicas (vena porta por ejemplo).

Resultados

Evolución normal

17 pacientes evolucionaron sin complicación alguna.

Complicaciones

Cuadro suboclusivo adherencial (en dos niñas a los 6 meses y 10 meses respectivamente de la intervención quirúrgica) que se manejó conservadoramente y se resolvieron en forma espontánea.

Fuga a través de la anastomosis biliodigestiva en dos niños. Solo uno de ellos requirió de drenaje percutáneo evolucionando luego en forma satisfactoria.

Perdida de dos pacientes, uno de ellos portador de artrosis de vías biliares asociada a quiste de colédoco que falleciera por cirrosis hepática. La otra niña era portadora de quiste colédoco y etnosia deudenal siendo la causa de la muerte una complicación séptica.

Distribución por sexo 23 casos,
5 niños y 18 niñas

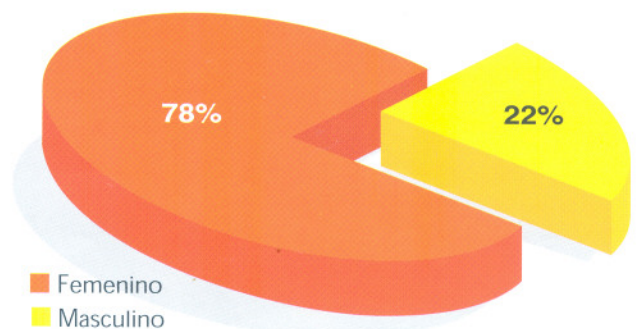


Tabla 1.

Distribución por edad		
17 días	1	4.30%
1 mes a 1 año	12	52.20%
1 año a 5 años	8	34.80%
5 años a más	2	8.70%

Tabla 2.

Distribución por tipo de intervención quirúrgica		
Quistectomía total + Y de Roux	19	82.60%
Quistectomía parcial + Y de Roux	2	8.70%
Quistectomía + derivación con asa en omega	2	8.70%

Tabla 3.

Formas de presentación		
Clasificación de Todani		
Ia	Quística común	2 casos
Ib	Dilatación segmentaria	1 caso
Ic	Dilatación fusiforme	17 casos
II	Diverticular	1 caso
III	Coledocele	1 caso
IV a	Quiste intrahepático y extrahepático	1 caso

Tabla 4.

Signos y síntomas (mayor frecuencia)		
Masa abdominal	17	74%
Ictericia	12	52%
Dolor abdominal	6	26%
Fiebre	5	22%

Tabla 5.

Condición asociada	
Cirrosis biliar	4
Mal rotación intestinal	1
Artesia de vías biliares	1
Estenosis duodenal	1
Piocolécisto + litiasis	1

Tabla 6.

Complicaciones	
Adherencias postoperatorias	2
Fuga anastomótica	2
Sepsis	1
Cirrosis hepática (artesia de vías biliares)	1

Bibliografía

- Duckett J., Eraklis AJ., Longino L.: Surgical treatment of idiopathic dilation of the common bile duct (Choledochal cyst) in 14 children. *J Pediatr Surg* 1971, 6(4): 421-426.
- Karrer FM., Lylly JR., Hall RJ.: Biliary tract disorders and portal hypertension. In Ashcraft KW, Holder TM Eds. *Pediatric Surgery 2º.ed.* Philadelphia WB Saunders 1993, pp. 478-504-
- Mahour GH., Lynn HB.: Choledochal cyst in children. *Surgery* 1969, 65:967-971.
- McEvoy CF., Suchy FJ.: Biliary tract disease in children. In *Pediatric Clinic of North America Feb 1996, Volume 43 Number 1.*
- Miyano T., Yamataka A., Kato Y., Segawa O., Lane G., Takamizawa S., Kohno S., Fujiwara T.: Hepático enterostomy after excision of choledochal cyst in children: A 30 years experience with 180 cases. *J Pediatr Surg* 1996, 31:1417-1421.
- Persic UN, Mihailovic. Tomomasa T., Milovanovic D., Kuroume T.: The role of accessory pancreatic duct of santorin; in pancreatic drainage on children (with emphasis on choledochal cyst patients) *Pediatric Radiolo* 1991, 21:258-261.
- Todani T., Urushihara H., Watanabe Y., Toki A., Vemura S., Sato Y., Morotomi Y.: Pseudo pancreatitis in choledochal cyst in children: Intraoperative study of amylase levels in the serum. *J Pediatr Surg* Mar 1990, 25(3):303-306.
- Van Heurn-Nijsten EW., Snoep G., Kootstra G., Greve JW., Forget, Van Heum IW.: Pre operative imaging of choledochal cyst in children: Non breath holding magnetic cholangiopancreatography. *Pediatr Surg Int* 1999, 15:546-548.
- Yamataka A., Kuwatsuru R., Shima H., Kobayashi H., Lane G., Segawa O., Katayama H., Miyano T.: Initial experience ith non-breath hold magnetic resonance cholangiopancreatography: A new invasive technique for the diagnosis of choledochal cyst in children. *J Pediatr Surg* Nov. 1997, 32(11)1560-1560.
- Yamakata A., Oshiro K., Okada Y., Hosoda Y., Fujiwara T., Cono S., Sunagawa M., Futagawa S., Sakakibara N., Miyano T.: Complications after cyst excision with hepatic-enterostomy for choledochal cyst and their surgical management in children versus adults. *J Pediatr Surg* Jul. 1997, 32(7): 1097-1102.