



PRESENTACIÓN DE CASOS

PANCREATITIS AGUDA COMO PRESENTACIÓN DE UN QUISTE DEL CONDUCTO BILIAR EN EL ADULTO: REPORTE DE CASO

Acute pancreatitis as a presentation of bile duct cyst in adults: a case report

*Lenin Enríquez Domínguez¹, Juan de Dios Díaz Rosales¹,
Enrique Cabrera Hinojosa², Pedro Gutiérrez Ramírez³,
Baltazar Aguayo Muñoz⁴*

1. Residente de Segundo año de Cirugía General. Hospital General de Ciudad Juárez.
2. Residente de Tercer año en cirugía General. Hospital General de Ciudad Juárez.
3. Médico adscrito al Servicio de Cirugía. Hospital General de Ciudad Juárez.
4. Jefe del Servicio de Cirugía. Hospital General de Ciudad Juárez. División de Posgrado, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Correspondencia: lenin_enriquez@hotmail.com

Resumen

Paciente adulta se presentó en la sala de urgencias con un cuadro de pancreatitis aguda como complicación de un quiste del conducto biliar colédoco tipo IV, el cual fue diagnosticado por ultrasonograma abdominal durante su estancia intrahospitalaria.

El diagnóstico de quiste de colédoco es más difícil en la edad adulta ya que los pacientes raramente se presentan con la triada clásica de dolor abdominal, masa palpable e ictericia, presentándose principalmente con alguna manifestación de vías biliares o pancreática benigna. Existen pocas publicaciones en Occidente acerca de este tópico. La importancia en cuanto al diagnóstico temprano, la clasificación del mismo y al tratamiento quirúrgico con la resección total del quiste radica en su alta incidencia hacia el desarrollo de colangiocarcinoma.

Palabras clave: pancreatitis, quiste del colédoco.

Enríquez-Domínguez L, Díaz-Rosales J, Cabrera-Hinojosa E, Gutiérrez-Ramírez P, Aguayo-Muñoz B. Pancreatitis aguda como presentación de un quiste del conducto biliar en el adulto: reporte caso. *Rev.Fac.Med.* 2009; 57: 63-66.

Summary

An adult female patient who attended an ER with acute pancreatitis as a complication of bile duct cyst disease is described here; she was diagnosed by abdominal ultrasono-gram during her hospital stay. A diagnosis of bile duct cysts is difficult to make in adults, since patients rarely present the classic picture of abdominal pain, palpable mass and jaundice; it is mainly presented as a biliary duct or pancreatic tissue complication. There are few publications on this topic in the west. A diagnosis can be made by ultrasound in many cases and is the image study of choice due to its low cost and accessibility. These are only few western publications concerning this subject. The importance of making an early diagnosis, classification and surgical treatment (total resection of the cyst) lies in the high risk of malignancy developing.

Key words: pancreatitis, choledochal cyst.

Enríquez-Domínguez L, Díaz-Rosales J, Cabrera-Hinojosa E, Gutiérrez-Ramírez P, Aguayo-Muñoz B Acute pancreatitis as a presentation of bile duct cyst in adults: a case report. *Rev.Fac.Med.* 2009; 57: 63-66.

Introducción

El término quiste de colédoco se refiere a una entidad patológica que no está confinada al conducto biliar extrahepático, por lo que el término más apropiado es el de “*quiste del tracto biliar*”, sin embargo el primer término está mundialmente aceptado. Los quistes del tracto biliar son anomalías congénitas de las vías biliares caracterizadas por dilatación de cualquier porción de los conductos biliares. Estos se presentan principalmente en la infancia y son entidades raras en la edad adulta, con una incidencia en América de 1 en 100.000 a 150.000 personas, encontrando en Asia una incidencia más alta (1,2).

En los niños, los quistes se presentan con la triada clásica de ictericia, dolor en el cuadrante superior derecho y una masa palpable, mientras que en los adultos se presentan con síntomas pancreáticos o del tracto biliar tales como colangitis, litiasis vesicular y pancreatitis como el caso presentado. El diagnóstico de quiste colédoco se puede realizar con ultrasonograma abdominal, tomografía axial computarizada (TAC) y colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE). La implicación pronóstica más importante de esta patología en la edad adulta es la posibilidad de una degeneración maligna la cual ha sido reportada entre 9 y 28 por ciento (1).

Caso clínico

Paciente femenina de 25 años la cual acude al servicio de urgencias del Hospital General de Ciudad Juárez, México, con un cuadro clínico de dolor abdominal de 24 horas de evolución, secundaria a la ingesta abundante de alimentos con alto contenido en grasas; el dolor se localizó en epigastrio, sin irradiaciones y se acompañaba de náuseas con vómito y disminución del dolor en posición genupectoral. No refiere cuadros similares previamente.

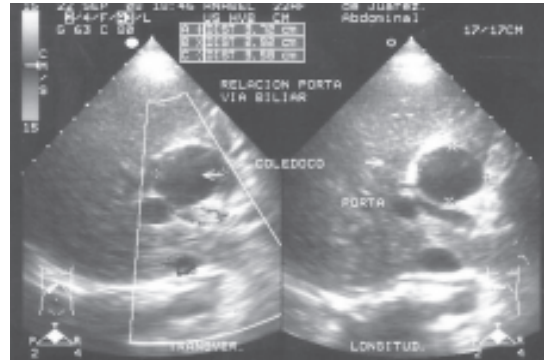


Figura 1. Ultrasonido que muestra el quiste en colédoco

Los exámenes de laboratorio reportaron una biometría hemática con leucocitosis de 14,42 K/ μ L, con neutrofilia de 89.5 por ciento; pruebas de función hepática con bilirrubina total de 2.1 mg/dl, bilirrubina directa 0.9 mg/dl, bilirrubina indirecta 1.2 mg/dl, deshidrogenasa láctica 626 U/I, aminotransferasa de aspartato 561 U/I, aminotransferasa de alanina 255 U/I y fosfatasa alcalina de 90 U/I; y una amilasa sérica de 3198 U/L, el resto de exámenes para-clínicos dentro de parámetros normales.

En la placa simple de abdomen en bipedestación se observó una imagen en colon cortado; el ultrasonograma abdominal mostró un proceso inflamatorio hepático, pancreatitis aguda, así como un quiste de colédoco de 37 x 29 x 35 mm (Figura 1). La TAC de abdomen mostró una dilatación del conducto hepático común proximal así como a nivel de la porción intra-pancreática del colédoco con un diámetro de 19 mm. (Figura 2). Razón por la cual la paciente se hospitalizó para un manejo conservador del cuadro agudo.

Durante su estancia la paciente se trató con sonda naso-gástrica, líquidos intravenosos, ayuno estricto y analgesia con base en antiinflamatorios no esteroides y antiespasmódicos con una evolución clínica favorable, siendo egresada al día 10 de estancia hospitalaria. La paciente rechazó el tratamiento quirúrgico definitivo ofrecido,

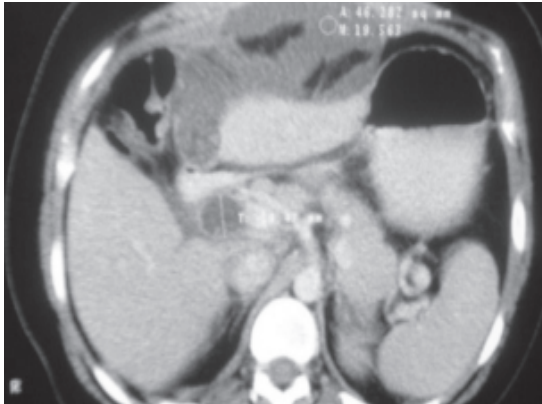


Figura 2. TAC que muestra el quiste

pero aceptó los controles mediante la consulta externa hospitalaria.

Discusión

Los quistes de colédoco son una entidad rara, que se presenta predominantemente en el continente asiático. Es ampliamente conocida su mayor incidencia durante la infancia; sin embargo su diagnóstico puede retrasarse hasta la edad adulta debido a una sintomatología mínima o la falta de esta.

La clasificación utilizada en la actualidad es la modificada por Todani (3): el tipo I consiste en una dilatación fusiforme del conducto biliar común; el tipo II consiste en un divertículo aislado que protruye de la pared; el tipo III es un coledococoele debido a que el divertículo protruye de la porción intraduodenal del conducto biliar común; el tipo IVA consiste en dilataciones intra y extra hepáticas, mientras que las dilataciones múltiples extrahepáticas son consideradas como tipo IVB; finalmente el tipo V o enfermedad de Caroli son dilataciones múltiples intrahepáticas (4). El caso comentado cayó en la clasificación tipo IVB con una formación quística en el conducto hepático común proximal y otra intra-pancreática (Figura 3).

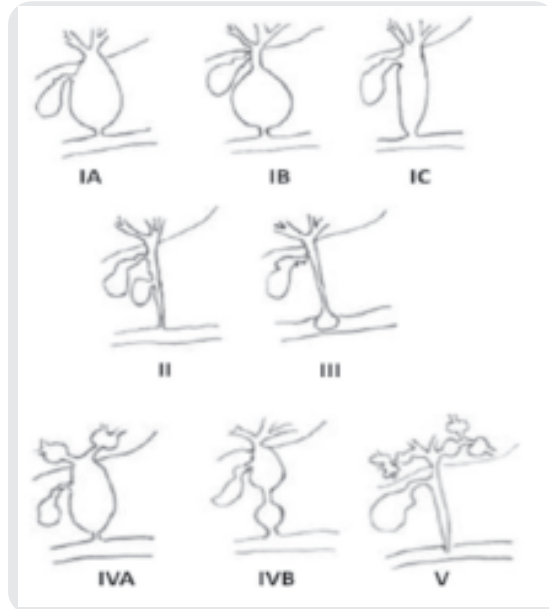


Figura 3. Esquema del quiste del tracto biliar tipo IVB que muestra un par de dilataciones extrahepáticas

El presente caso hace referencia al cuadro de pancreatitis como sintomatología de inicio (reportada en un 10.5 por ciento de los pacientes adultos) (3); la pancreatitis aguda y la pancreatitis crónica calcificante están fuertemente asociadas a los quistes del tracto biliar mayores de 5 cm en el diámetro; aunque un diámetro menor no excluye la posibilidad de presentar el cuadro. La asociación de quiste del tracto biliar y pancreatitis aguda no está completamente esclarecida, sin embargo existe un posible mecanismo llamado “teoría del canal común”; que relaciona una canalización anormal del tracto biliar-pancreático durante la embriogénesis (5), que podría condicionar un reflujo hacia la vía biliar (2,6) y pancreática (7).

Otras formas de presentación son dolor en el hipocondrio derecho (70.2%) y colangitis recurrente (22.8%) (3). El dolor abdominal es similar al presentado durante un cuadro de colecistitis aguda y la presencia concomitante de litos en la

vesícula biliar, puede llevar a un tratamiento errático de inicio.

En cuanto a los estudios de imagen para el diagnóstico de primera instancia se realiza USG el cual tiene una alta especificidad, aunque en casos en los que haya abundante gas intestinal o cuando se quiere delinear mejor la lesión es de gran ayuda la TAC, que puede diferenciar fácilmente un quiste de colédoco de aquellas lesiones que pueden simularlo como son quiste ovárico, quiste mesentérico, quiste renal, quiste hepático y pseudoquiste pancreático. Mientras que el uso de la CPRE o de la resonancia magnética permiten una mejor visualización de la unión pancreatobiliar (8).

Debido al riesgo elevado de desarrollar colangiocarcinoma; el tratamiento actualmente aceptado es la escisión total del quiste más anastomosis hepático yeyunal abierta o laparoscópica. De forma provisional se debe ofrecer como mínima terapéutica una colecistectomía profiláctica (9).

En este reporte de caso la clínica nos ofrece un diagnóstico primario acertado (pancreatitis aguda); sin embargo, es de suma importancia la imagenología, que nos orienta, confirma o refuta diagnósticos. En nuestro hospital (centro de segundo nivel de atención) la etiología de las pancreatitis en un 95 por ciento es biliar y alcohólica, sin embargo debemos tener en mente al

quiste del tracto biliar en el diagnóstico diferencial de la etiología de la pancreatitis aguda y crónica calcificante y su alta relación con la degeneración maligna.

Referencias

1. **Wiseman K, Andrzej K.** Epidemiology, presentation, diagnosis, and outcomes of choledochal cysts in adults in an urban environment. *Am J Surg.* 2005; 189: 527-531.
2. **Trinidad M, Rivera VS, Hermosillo JM.** Adult Choledochal cyst. *Am J Surg.* 2007; 193: 221-222.
3. **Banerjee Jesudason SR, Ranjan Jesudason M, Paul Mukha R, Vyas FL, Govil S, Muthusami JC.** Management of adult choledochal cysts - a 15-year experience. *HPB.* 2006; 8: 299-305.
4. **Wax BN, Durie NM, Khullar P.** Radiology-pathology conference: choledochal cyst. *Clin imag.* 2007; 31: 269-272.
5. **Edil BH, Cameron JL, Reddy S.** Choledochal Cyst disease in children and adults: A 30-year single-institution experience. *Am Coll Surg.* 2008; 206: 1000-1005
6. **Do HP, Myung KH, Sung L.** Can MRCP replace the diagnostic role of ERCP for patients with choledochal cyst?. *Gastrointestinal endoscopy.* 2005 ; 62: 360-366.
7. **Wang JT, Wu N.** Type IV congenital choledochal cyst concurrent with acute pancreatitis: a case report. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2005; 4:311-312.
8. **Uribarrena R, Naventos N, fuentes J.** Diagnostico y tratamiento de los quistes de colédoco. Presentacion de 10 nuevos casos. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008; 100: 71-75.
9. **Eyben A, Aerts R, Verslype C.** Young female with pancreaticobiliary maljunction presenting with acute pancreatitis: a case report and review of the literature. *Act Gastroenterology Belg.* 2007; 70: 363-366.