



IMÁGENES CLÍNICAS EN GASTROENTEROLOGÍA

**Coledococoele diagnosticado mediante ultrasonido endoscópico**  
**Choledochocoele diagnosed by endoscopic ultrasound**

F. Romero-Vallejo<sup>a</sup>, J.C. Salceda-Otero<sup>b,\*</sup>, D. Angulo-Molina<sup>a</sup> y D. Lozoya-González<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Endoscopia, Centro Médico ABC, México D.F., México

<sup>b</sup> Ultrasonido Endoscópico, Servicio de Endoscopia, Centro Médico ABC, México D.F., México

Paciente masculino de 77 años de edad, con antecedente de cáncer de próstata y colon, por lo que se le realizó prostatectomía y hemicolectomía derecha, respectivamente, hace 5 años, sin tratamiento coadyuvante. Como seguimiento se le realizó una tomografía por emisión de positrones (PET-TC) para valorar recidiva tumoral. Paciente asintomático, exploración física sin datos relevantes y marcadores tumorales sin

alteraciones. En la PET-TC se identificó dilatación del conducto biliar desde su origen hasta la desembocadura (12.4 a 13.9 mm), sin mostrar actividad tumoral (fig. 1). Sobre la base de estos hallazgos, se realizó una colangiopancreatografía por resonancia magnética, identificándose dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, así como del conducto pancreático principal sin lograr definir la etiología,

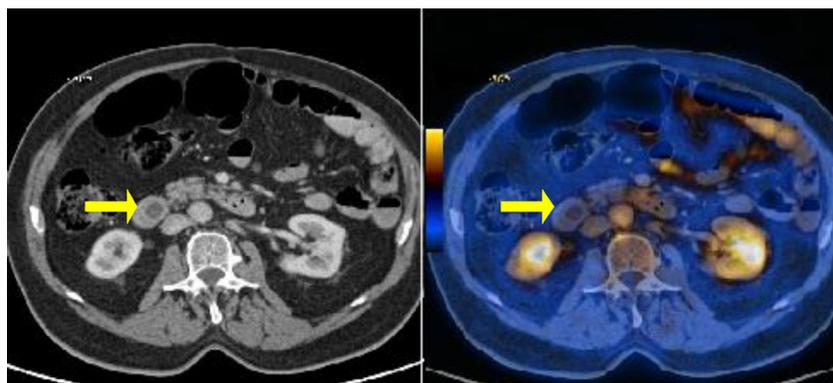


Figura 1 Tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET/TC).

\* Autor para correspondencia: Unidad de Endoscopia Avanzada, Centro Médico ABC. Observatorio, Sur 136, Número 116, Colonia Las Américas, México D.F. Teléfono: +5272 49-19.

Correo electrónico: [carlossalceda@yahoo.com](mailto:carlossalceda@yahoo.com)  
(J.C. Salceda-Otero).



Figura 2 Ultrasonido endoscópico, visión endoscópica.

por lo que se decide realizar un ultrasonido endoscópico (USE) biliopancreático, observándose mediante la visión endoscópica en la segunda porción duodenal ampolla de Váter abombada, con mucosa de características normales y salida espontánea de bilis (fig. 2). Durante el tiempo endosonográfico se observó vía biliar intra y extrahepática dilatada, con colédoco de 11 mm de diámetro, dilatación sacular de 14 mm a nivel de la ampolla de Váter, de contenido anecoico, con paredes con ecoestructura conservada, compatible con coledococelo (figs. 3 y 4). El conducto pancreático principal se observó de diámetro y trayecto sin anomalías.

El coledococelo es una variante de los quistes de los conductos biliares; representan una dilatación quística del colédoco dentro de la pared duodenal. Comprende del 3 al 4% de todos los quistes de los conductos biliares. Todani et al., en 1977, los clasificaron en 5 tipos. Los quistes de tipo 1 (del 75 al 85%) representan una dilatación de los conductos biliares extrahepáticos. Los de tipo 2 (del 3 al 4%) forman un divertículo sacular en el conducto biliar común. Los de tipo 3 también se conocen como coledococelos. Los tipo 4 (del 10 al 40%) aluden a la presencia de quistes múltiples

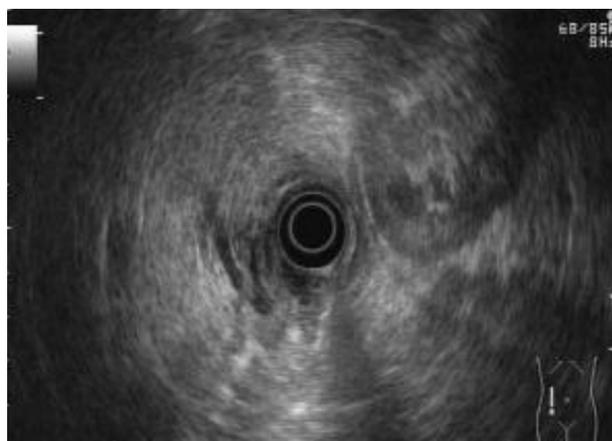


Figura 4 Ultrasonido Endoscópico Radial (USE).

(los 4 A se caracterizan por quistes en los conductos biliares intra y extrahepáticos y los tipo 4 B, por quistes múltiples solo en la vía biliar extrahepática). Los de tipo 5 (< 1%) afectan a los conductos biliares intrahepáticos. En general, son múltiples (enfermedad de Caroli). Los tipos anatómicos de coledococelo fueron definidos por Sarris y Tsang en 4 tipos: A1, el colédoco y el Wirsung desembocan a través de un solo orificio en el quiste; A2, el colédoco y Wirsung desembocan separados en el quiste; A3, igual que el A2 pero con un quiste sobre todo intramural, que protruye mínimamente el duodeno y que está habitualmente colapsado, y por último, en el subtipo B de coledococelo, la papila tiene su orificio normal y el quiste es muy protruyente y solo comunica con el colédoco. El coledococelo suele sospecharse primero por los datos de la tomografía computarizada. La colangiopancreatografía por resonancia magnética es el método más idóneo para el estudio de imagen no invasivo; sin embargo, cuando esto no se consigue, como en este caso, el USE ofrece una modalidad precisa de diagnóstico por imagen, con una sensibilidad global del 86%. El diagnóstico de coledococelo por USE se puede establecer por la demostración de una lesión anecoica, abultada, cubierta con mucosa intacta directamente adyacente a la papila de Vater y una comunicación entre esta lesión y el conducto biliar común. El USE se debe realizar en



Figura 3 Ultrasonido Endoscópico Lineal (USE).

pacientes con vía biliar dilatada en los cuales no es posible demostrar la causa de esta por otros métodos de imagen. Los coledococelos son poco habituales y se abordan por vía transduodenal. La esfinterotomía endoscópica sirve como tratamiento para algunos pacientes con quistes de menor tamaño sin obstrucción duodenal. En los demás casos, se procede a la extirpación transduodenal con esfinteroplastia o reimplantación ductal.

## **Financiación**

No hubo financiamiento para la realización de este estudio.

## **Conflictos de intereses**

Los autores no tienen conflicto de interés en relación con el artículo que se remite para publicación.