



P-278 - QUISTES DEL CONDUCTO CÍSTICO - TODANI TIPO VI. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Perfecto Valero, Arkaitz; Mambrilla Herrero, Sara; Prieto Calvo, Mikel; Palomares Etxeberria, Ibone; Ventoso Castiñeira, Alberto; Ruiz Ordorica, Patricia; Gastaca Mateo, Mikel; Valdivieso López, Andrés

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: La clasificación de Todani diferencia cinco tipos de quistes en el árbol biliar: Tipo I, quiste de colédoco, que se subdivide en Ia o dilatación quística, Ib o dilatación segmentaria sin anomalía en la unión biliopancreática (AUBP), y Ic o dilatación fusiforme, difusa o cilíndrica con AUBP; Tipo II, divertículo supraduodenal; Tipo III, coledococoele; Tipo IV, subdividido en quistes extrahepáticos e intrahepáticos (IVa) o quistes extrahepáticos múltiples (IVb); y Tipo V, dilataciones intrahepáticas únicas o múltiples (algunas se consideran enfermedad de Caroli). De forma excepcional la dilatación quística puede afectar exclusivamente al conducto cístico, por lo que en 1992 Serradel *et al.* propusieron la inclusión del quiste del conducto cístico (QCC) como el sexto tipo de la clasificación de Todani. Se presentan dos casos de esta infrecuente entidad.

Casos clínicos: El primer caso corresponde a una mujer de 64 años con hallazgo casual en una ecografía de colelitiasis y una imagen quística de 10 mm sugestiva de quiste de colédoco. Clínicamente estaba asintomática y no presentaba alteraciones analíticas. La colangiorresonancia magnética confirmó la naturaleza quística de la lesión y su dependencia del conducto cístico. Se realizó colecistectomía laparoscópica incluyendo el QCC, siendo alta el primer día posoperatorio. El estudio patológico informó de una mucosa macroscópicamente granular, con un espesor parietal de 3 mm, y datos de fibrosis e inflamación crónica inespecífica del componente epitelial y la pared vesicular. El segundo caso fue una mujer de 77 años que consultó por dolor en el hipocondrio derecho de meses de evolución. La ecografía mostró un hydrops vesicular debido a una lesión sólida en el cuello de Hartmann sugestiva de pólipo. La colangiorresonancia mostró la dilatación quística del conducto cístico y un pólipo de 20 mm próximo a la desembocadura del conducto cístico con el hepatocolédoco. Se practicó una laparotomía exploratoria para realizar la colecistectomía, incluyéndose el QCC que se encontraba íntimamente adherido a la pared de la vía biliar y la lesión polipoidea. La biopsia intraoperatoria del margen cístico distal no presentó alteraciones histopatológicas. El informe patológico definitivo fue de neoplasia papilar intraductal con displasia de bajo grado. La evolución fue satisfactoria, siendo dada de alta al décimo día posoperatorio. Transcurridos 6 meses se encuentra asintomática y sin evidencia de persistencia quística ni neoplásica.

Discusión: Para los casos de QCC en los que el segmento distal del cístico no sea quístico y cuente con un cuello de drenaje estrecho a la vía biliar extrahepática (VBE), la colecistectomía incluyendo el

QCC se considera suficiente desde el punto de vista oncológico. Si existiera afectación quística de la VBE o el cístico abocara a esta en forma de cuello de drenaje excesivamente ancho, debería valorarse realizar la escisión de la VBE y reconstrucción bilioentérica mediante hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Es obligado el estudio patológico de todos los especímenes extirpados, enfatizando la necesidad de descartar datos de displasia o neoplasia intraquística. A pesar de ser malformaciones de muy baja incidencia se debe conocer y saber reconocer el QCC, dado su potencial oncológico.