



P-015 - QUISTE DE COLÉDOCO TIPO II: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel; Valenzuela Torres, José del Carmen; García Amador, Cristina; López Marcano, Aylhin Joana; Arteaga Peralta, Vladimir; Gonzales Aguilar, Johnny David; Al Shwely Abduljabar, Farah

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: Los quistes de colédoco (QC) son dilataciones muy infrecuentes del árbol biliar. Habitualmente son remitidos para resección quirúrgica por su asociación con el desarrollo de malignidad. Son mucho más frecuentes en Asia. El QC tipo II es un divertículo sacular del conducto biliar común extrahepático supraduodenal (clasificación de Todani). El QC tipo II es el más infrecuente, con una frecuencia inferior al 2% de los casos publicados. Presentamos un paciente con un QC tipo II que fue operado por un abordaje laparoscópico y determinamos la incidencia y la vía de abordaje realizada en la literatura.

Métodos: Estrategia de búsqueda en PubMed sin límites hasta marzo de 2015 fue: ((Choledochal Cyst type II) OR (Choledochal Cyst type 2)) AND (Laparoscopy OR Therapeutics). Aparecieron un total de 44 artículos. Se revisaron sus resúmenes y el texto de los artículos relacionados, así como sus referencias. Paciente varón de 53 años que acude por dolor epigástrico irradiado a espalda. La analítica, incluyendo perfil hepático completo fue normal. La ecografía abdominal objetivó: litiasis biliar, quiste de colédoco con litiasis en su interior. La tomografía computarizada determinó colelitiasis de 2 cm y quiste de colédoco de 38 mm. La colangiografía RMN demostró: litiasis vesicular, quiste de colédoco de 38 × 35 mm en la pared lateral del tercio proximal del colédoco sin demostrar claramente la dependencia del mismo (tipo Ib). Se decide intervención quirúrgica mediante acceso laparoscópico: colocación en posición francesa e inducción de neumoperitoneo con aguja de Verres. Los trócares se colocaron: en el área supraumbilical para la óptica (10 mm), flanco derecho y epigastrio (5 mm) y flanco izquierdo (5 mm). El QC fue liberado completamente de sus adherencias (hígado, vesicular biliar y vía biliar) y disecado para finalmente ser extirpado. No se objetivó una clara conexión con la vía biliar, salvo una adherencia fibrosa. Seguidamente se practicó la colecistectomía. El paciente fue dado de alta al segundo día. El estudio histológico objetivó una formación quística con pared de tejido fibroconjuntivo denso con algunas glándulas de aspecto biliar, sin capas musculares y presencia de revestimiento epitelial aplanado, sin atipia citológica. En el seguimiento de 22 meses no se ha producido ninguna alteración en el perfil hepático ni en la vía biliar.

Resultados: Los QC tipo I, IV y V tienen una elevada incidencia de degeneración maligna, mientras que en los tipos I y II es menor. Los QC tipo II son los más raros y el tratamiento habitual y aconsejado es la resección completa. Puede ser realizado con hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, o cierre primario sobre tubo en T sin derivación. Es necesario actuar sobre el colédoco, pues

habitualmente existe una amplia comunicación de QC con él. Sin embargo, la conexión mínima o residual entre ambos es excepcional, como ocurrió en el paciente presentado. En este caso, es suficiente con una ligadura simple de la misma.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico puede tener un importante lugar en los QC tipo II. Es técnicamente exigente pero factible. Presentamos una amplia iconografía de este caso excepcional en los países occidentales.