



CASO CLÍNICO

Quistes de colédoco, una causa inusual de ictericia en pediatría. Presentación de serie de casos



Rocío López Ruiz^{a,*}, David Aguilera Alonso^a, Gemma Muñoz Aguilar^a y Rosa Fonseca Martín^b

^a Médico Residente, Servicio de Pediatría, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Médico Especialista en Cirugía Pediátrica, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

Recibido el 31 de enero de 2015; aceptado el 30 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 23 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Quiste de colédoco;
Quiste de vía biliar;
Ictericia;
Colangiocarcinoma

Resumen

Introducción: Los quistes de la vía biliar o quistes de colédoco (QC) son una patología rara en nuestro medio. La etiología es desconocida, siendo la hipótesis más aceptada las anomalías en la unión biliopancreática.

Objetivo: Analizar los datos clínicos, diagnóstico y tratamiento de una serie de pacientes diagnosticados de QC y realizar una actualización sobre el tema.

Método: Se revisaron retrospectivamente los diagnósticos de QC en 20 años en un hospital terciario.

Casos clínicos: Se identificaron 4 casos, con predominio del sexo femenino. Rango de edad 16 meses a 4 años. Los signos y síntomas fueron ictericia y coluria (100%), vómitos (75%), dolor abdominal y acolia (50%). Ninguno tuvo masa palpable. La ecografía abdominal orientó el diagnóstico que se confirmó con colangio-resonancia magnética (colangio-RM). Se clasificaron como QC tipo I tres de los casos y uno como tipo IVa. El tratamiento fue quirúrgico, ningún paciente presentó complicaciones hasta la fecha.

Conclusiones: Los quistes de las vías biliares son de baja prevalencia. El tratamiento de elección es quirúrgico, requiriendo seguimiento estrecho, dado el riesgo de colangiocarcinoma.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Choledochal cyst;
Cyst bile duct;
Jaundice;
Cholangiocarcinoma

Bile duct cysts; an unusual cause of jaundice in paediatrics. Presentation of a case series

Abstract

Introduction: Cysts of the bile duct or choledochal cysts are rare diseases in our area. The aetiology is unknown, with the most accepted hypothesis being a pancreatobiliary maljunction anomaly.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rociolopezruiz@hotmail.com (R. López Ruiz).

Objective: To analyse the clinical data, diagnosis and treatment of a number of patients with choledochal cyst, as well as presenting an update on this condition.

Method: A retrospective descriptive study was performed on paediatric patients diagnosed with choledochal cyst in the last 20 years in a tertiary hospital.

Case reports: A total of 4 choledochal cyst cases in childhood, predominantly female, are presented. The most frequent reason for consultation was vomiting, and presenting with jaundice and choluria in all cases. Patients with choledochal cyst were classified as type I in 3 cases, and one case of type IVa. In all cases surgical treatment was performed; any patient had complications to date.

Conclusions: Cysts of the bile ducts have a low prevalence. The treatment of choice is surgical, requiring close monitoring due to the risk of cholangiocarcinoma.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los quistes de colédoco (QC) son una afección rara consistente en dilataciones de los conductos biliares, tanto intrahepáticos como extrahepáticos. Es una causa frecuente de ictericia, sin embargo, esta entidad es poco prevalente.

Se han descrito diversas teorías sobre su etiopatogenia; la más aceptada es la expuesta por Babbit en 1969¹. Según esta, un canal común formado por la unión anómala de los conductos pancreáticos y biliares fuera de la ampolla de Vater condicionaría reflujo pancreaticobiliar. Las enzimas pancreáticas activadas causarían inflamación y deterioro de la pared del conducto biliar, lo cual daría lugar a la dilatación biliar.

La primera clasificación fue propuesta en 1959 por Alonso-Lej et al.², dividiendo los QC en 3 grupos, modificada por Todani en 1977³, que los clasifica en 5, siendo la más utilizada actualmente (tabla 1).

La tríada clásica (ictericia, masa abdominal palpable y dolor abdominal) pocas veces se presenta completa, siendo el dolor abdominal aislado el síntoma más frecuente.

Se estima una incidencia de 1/13.000 a 1/2.000.000 de recién nacidos vivos^{4,5}, con predominio en poblaciones asiáticas.

El objetivo del presente manuscrito es analizar los datos clínicos, el diagnóstico y el tratamiento de una serie de pacientes diagnosticados de QC y realizar una actualización sobre el tema. Para ello se revisaron retrospectivamente los casos de QC diagnosticados en los últimos 20 años en un servicio de pediatría de un hospital terciario. Se identificaron 4 pacientes, de los cuales se recogieron datos epidemiológicos, clínica, pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente de sexo masculino de 16 meses que consultó por cuadro de vómitos no biliosos y febrícula de un mes de evolución, asociado a ictericia cutánea, deposiciones acólicas y coluria en los 3 días previos. En la exploración física

Tabla 1 Clasificación de los quistes de colédoco según Todani (*Todani modification of the Alonso-Lej classification*)

| Tipo | Frecuencia | Descripción |
|--------------------------|------------|---|
| I | 75-85% | Dilataciones biliares extrahepáticas |
| II | 2% | Dilatación pediculada en forma de saco de la vía biliar |
| III (coledococelo) | 1-5% | Dilatación de la porción intraduodenal del colédoco |
| IV | 15-35% | Múltiples dilataciones IV-A: intra y extrahepáticas IV-B: limitadas al colédoco |
| V (enfermedad de Caroli) | 20% | Dilataciones intrahepáticas |

presentó coloración icterica mucocutánea y hepatomegalia de 2 cm.

Los exámenes de sangre mostraron un patrón de colestasis, citólisis y aumento de enzimas pancreáticas (tabla 2). La ecografía abdominal reveló hepatomegalia, con colédoco aumentado de calibre en el tercio proximal (9,4 mm) y disminución del calibre en tercio distal terminando de forma afilada. Ante la sospecha de enfermedad obstructiva de la vía biliar se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam y ácido ursodesoxicólico, junto con dieta exenta de grasa.

Permaneció ingresado durante 9 días, con mejoría clínica y de laboratorio. Se realizó colangiorresonancia magnética (colangio-RM) que confirmó el diagnóstico de QC tipo I.

A los 12 meses del diagnóstico, previa mejoría de la clínica y normalización de las enzimas pancreáticas, se realizó cirugía de forma programada con exéresis de QC y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4175820>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4175820>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)