

Cartas al Editor

Pancreatitis aguda recidivante como complicación a largo plazo del quiste congénito de colédoco operado

Palabras clave: Quiste congénito de colédoco. Remanente quístico. Pancreatitis aguda.

Key words: Congenital choledochal cyst. Choledochal remnant. Acute pancreatitis.

Sr. Editor:

La pancreatitis aguda recidivante (PAR) como complicación a largo término de la cirugía del quiste congénito de colédoco (QCC) es una rara entidad clínica cuya etiología y tratamiento son actualmente debatidos.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 55 años, intervenida en el año 2002 de QCC tipo IC, según la clasificación de Todani que desde el año 2006 fue hospitalizada en ocho ocasiones por pancreatitis aguda (Balthazar A-E). También sufrió cuadros de dolor abdominal recurrente. Los TAC mostraron signos inflamatorios pancreáticos y la presencia de un quiste residual del colédoco terminal, confirmado con colangio-RM (Fig. 1). En tres ocasiones, se efectuó una papilotomía endoscópica con intención curativa que fue ineficaz. Ante la aparición de un nuevo episodio a principios de 2011, se decidió tratamiento quirúrgico. Electivamente,

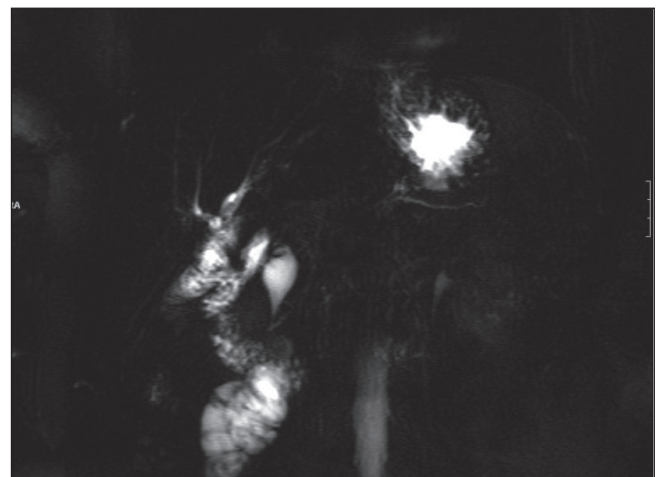
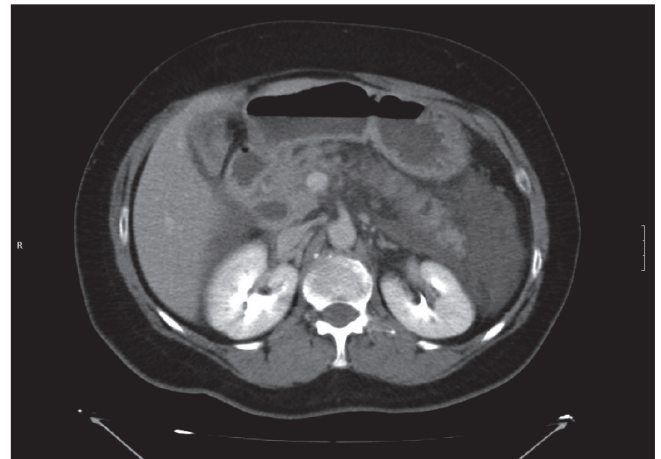


Fig. 1. El TAC abdominal expone el páncreas con signos de pancreatitis y exudado retroperitoneal y un remanente quístico residual en la cabeza de páncreas. La conlangio-RM evidencia el quiste residual y su unión al conducto de Wirsung. También distingue el asa de yeyuno anastomosada a la vía biliar, lateralmente a dicho quiste.

se practicó una resección completa del quiste intrapancreático y una esfinteroplastia transduodenal. La concentración intraquística de amilasas fue de 15420 UI/l. El alta fue facilitada al sexto día del postoperatorio sin incidencias. El estudio histopatológico confirmó inflamación crónica de pared y mucosa con áreas de necrosis y focos de carcinoma "in situ".

La paciente permanece asintomática dos años después de la operación.

Discusión

El QCC es una enfermedad con un baja prevalencia en Occidente (1,2). La alta concentración intraquística de amilasas de nuestra paciente apoyaría la teoría de Babbitt sobre su génesis. Su tratamiento es quirúrgico. En el tipo I se indica la resección completa de la vía biliar, desde su bifurcación hasta su porción intrapancreática, con colecistectomía y hepaticoyunostomía en Y de Roux. La morbilidad postoperatoria es inferior al 10 %.

Las series con seguimiento a largo plazo son escasas (2-6), casi todas retrospectivas. Estas han demostrado que una vez operados, los pacientes no están libres de adversidades como la PAR, colangitis, dolor abdominal recurrente, hipertensión portal y úlcera intestinal, con una tasa de reintervención hasta del 17 %.

La PAR tiene una incidencia que varía entre el 0-57 %. Su etiopatogenia así como su tratamiento son motivo de controversia.

Entre sus causas se barajan: bien la aparición de tapones proteicos o de cálculos pancreáticos en el conducto de Wirsung, bien la presencia de un muñón quístico residual. Según Cho y cols. (5) esta última sería la causa principal y en su origen se razonan (7):

1. Resección incompleta de la porción intrapancreática del colédoco, aconsejado por algunos cirujanos para evitar iatrogenia.
2. Hiperpresión del conducto pancreático por disfunción del esfínter de Oddi.
3. Obstrucción por tapones proteicos o cálculos pancreáticos.

Es de destacar su potencial peligro de degeneración maligna (8).

Dada la casuística, la experiencia terapéutica de la PAR es limitada y varía entre el tratamiento conservador, la irrigación endoscópica para eliminar tapones proteicos o cálculos, la papilotomía endoscópica o quirúrgica, la resección del quiste residual o la pancreatectomía cefálica con o sin preservación duodenal.

La primera referencia encontrada para curar la PAR asociada a quiste residual es de Yamataka y cols. (8) quienes realizaron una escisión del colédoco terminal intrapancreático en dos pacientes. Esta ha sido la opción más empleada por diferentes autores (4,6,7,9,10).

Francisco Martínez Rodenas, Gema Torres Soberano,
José María Vila Plana, Jorge Pie García, Lucía Catot Alemany,
Edmon Pou Sanchís, Raquel Hernández Borlan,
José Enrique Moreno Solorzano, Yaima Guerrero de la Rosa,
Ana Alcaide Garriga y José Ramón Llopart López

*Servicio de Cirugía General. BSA-Hospital Municipal
Badalona. Badalona, Barcelona*

Bibliografía

1. Urribarrena R, Raventós N, Fuentes J, Elías J, Tejero V, Urribarrena R. Diagnosis and management of choledochal cysts. A review of 10 new cases. *Rev Esp Enferm Dig* 2008;100:71-5.
2. Altet J, Rafecas A, Fabregat J, Ramos E, García-Borobia FJ, Frago R, et al. Quistes de los conductos biliares del adulto: estrategia quirúrgica. *Cir Esp* 2008;84:256-61.
3. Jesudason SR, Jesudason MR, Mukha RP, Vyas FL, Govil S, Muthusami C. Management of adult choledochal cysts –a 15-year experience. *HPB* 2006;8:299-305.
4. Koshinaga T, Wakabayashi K, Inoue M, Sugito K, Ikeda T, Hagiwara N, et al. Pancreatitis after a primary and secondary excision of congenital choledochal cysts. *Surg Today* 2006;3:686-91.
5. Cho MJ, Hwang S, Lee YJ, Kim KH, Ahn ChS, Moon DB, et al. Surgical experience of 204 cases of adult choledochal cyst disease over 14 years. *World J Surg* 2011;35:1094-102.
6. Takeshita N, Ota T, Yamamoto M. Forty-year experience with flow-diversion surgery for patients with congenital choledochal cysts with pancreatobiliary maljunction at single institution. *Ann Surg* 2011;254:1050-3.
7. Koshinaga T, Hoshino M, Inoue M, Gotoh H, Sugito K, Ikeda T, et al. Pancreatitis complicated with dilated choledochal remnant after congenital choledochal cyst excision. *Pediatr Surg Int* 2005;21:936-8.
8. Yamataka A, Ohshiro K, Okada Y, Hosoda Y, Fujiwara T, Kohno S, et al. Complications after cyst excision with hepaticostomy for choledochal cysts and their surgical management in children versus adults. *J Pediatr Surg* 1997;32:1097-102.
9. Komuro H, Makino S, Yasuda Y, Ishibashi T, Tahara K, Nagai H. Pancreatic complications in choledochal cyst and their surgical outcomes. *World J Surg* 2001;25:1519-23.
10. Chiba K, Kamisawa T, Egawa N. Relapsing acute pancreatitis caused by protein plugs in a remnant choledochal cyst. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2010;17:729-30.