

PICTURES IN DIGESTIVE PATHOLOGY

Pseudopancreatitis and choledochal cyst

E. Pareja Ibars, E. Artigues Sánchez de Rojas, F. Villalba Ferrer, R. Fabra Ramis, A. Vázquez Prado and R. Trullenque Peris

Services of General Surgery and Digestive Diseases. Hospital General Universitario de Valencia, Spain

The congenital biliary duct cyst is a low-incidence illness. Alonso-Lej et al. was first to classify the different congenital choledochal cysts (1). Although it is considered a congenital illness, 30% of cases are diagnosed in the adult age.

Clinical symptoms are quite variable: the classical triad of abdominal pain, jaundice and abdominal mass is exceptional in adult subjects. This disease occasionally presents with epigastric pain, nausea, vomiting, fever, increased blood bilirubin, and increased blood amylase, suggesting the diagnosis of acute pancreatitis. However, this diagnosis that is not confirmed by imaging techniques or laparotomy studies. This form of clinical presentation of choledochal cysts has been designated pseudopancreatitis (4) or fictitious pancreatitis (3), which usually has a favorable outcome. In this report, we present two cases that clinically started with the aforementioned symptoms, and in which a diagnosis of congenital cystic dilatation of the common bile duct was finally established. No acute pancreatitis was confirmed. In both cases a surgical operation was performed with resection of the dilated bile duct and restoring biliary-enteric continuity using a Roux-en-Y hepaticojejunostomy (5). Results of this treatment was satisfactory in both patients.

This type of pathology is controversial as to whether increased blood amylase is due to a mild form pancreatitis or it is not caused by a acute pancreatitis (3,4). The clinical, anatomical and histological features of these cases support the role of pancreatic reflux and the obstructive component associated with the pathophysiology of choledochal cysts (5). Both the observation of normal pancreas during surgical laparotomy and the absence of morphological pancreatic alterations on radiologic imaging in our two cases support the latter option. Considering all this, the term "pseudopancreatitis" seems to be appropriate to define this characteristic manifestation of choledochal cysts.

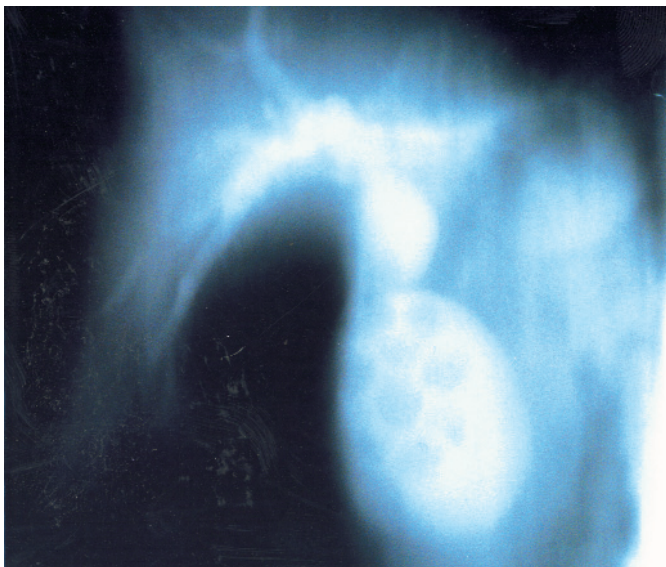


Fig. 1.- A cholangiogram showing a big choledochal cyst with stones inside.

Colangiografía que muestra la presencia de un gran quiste de colédoco con litiasis en su interior.

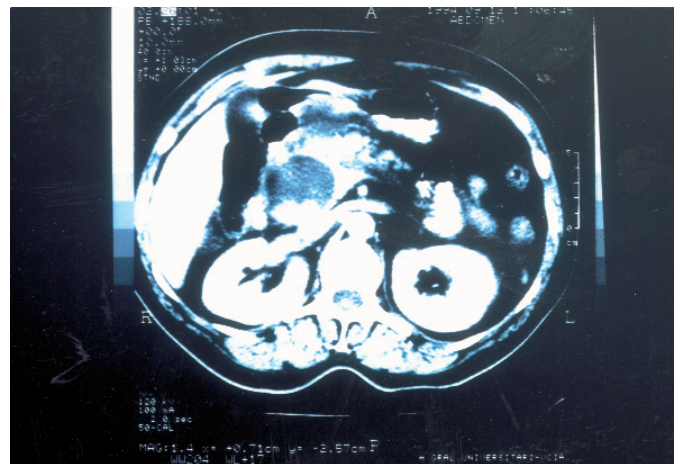


Fig. 2.- Tomographic image with no signs of acute pancreatitis showing a great choledochal dilatation.

Imagen tomográfica con ausencia de signos de pancreatitis aguda, que muestra gran dilatación de colédoco.

REFERENCES

1. Alonso-Lej F, Rever W Jr, Pessagno DJ. Congenital choledochal cyst, with report of two, and analysis of 94 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1959; 108: 1-30.
2. De Vries JS, De Vries S, Aronson DC, Bosman DK, Rauws EA, Bosn Hey HA, et al. Choledochal cyst: age of presentation, symptoms, and late complications related to Todani's classification. *J Pediatr Surg* 2002; 37 (11): 1568-73.
3. Stringel G, Filler RM. Fictitious pancreatitis in choledochal cyst. *J Pediatr Surg* 1982; 17: 359-61.
4. Todani T, Urushihara N, Watanabe Y, et al. Pseudopancreatitis in choledochal cyst in children: intraoperative study of amylase levels of the serum. *J Pediatr Surg* 1990; 25: 303-6.
5. Okada A, Hasegawa T, Oguchi Y, Nakamura T. Recent advances in pathophysiology and surgical treatment congenital dilatation of the bile duct. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2002; 9 (3): 342-51.

Pseudopancreatitis y quistes de colédoco

E. Pareja Ibars, E. Artigues Sánchez de Rojas, F. Villalba Ferrer, R. Fabra Ramis, A. Vázquez Prado y R. Trullenque Paris

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Valencia

La dilatación quística congénita de la vía biliar es una patología de baja incidencia. La primera clasificación de los diferentes tipos de quistes congénitos de colédoco se debe a Alonso-Lej y cols. (1). Pese a ser una enfermedad congénita, un 30% de los casos se diagnostican en la edad adulta (2).

Su presentación clínica es variada: la triada clásica de dolor, ictericia y masa es excepcional en adultos; en raras ocasiones debutan con un cuadro de dolor epigástrico, náuseas y vómitos, fiebre, hiperbilirrubinemia moderada e hiperamilasemia, que sugiere el diagnóstico de pancreatitis aguda, que no suele confirmarse posteriormente en las pruebas de imagen o en la intervención quirúrgica (3). A esta forma de presentación clínica de los quistes de colédoco se le ha denominado pseudo pancreatitis (4) o pancreatitis ficticia (3), que suele evolucionar favorablemente. Presentamos dos casos que debutaron clínicamente con dicho cuadro, en los que posteriormente se confirmó el diagnóstico de dilatación quística congénita de la vía biliar sin confirmarse la existencia de una verdadera pancreatitis aguda; ambos fueron intervenidos quirúrgicamente, realizando exéresis de la vía biliar dilatada y reconstrucción mediante hepático-yeyunostomía en Y de Roux, con resultado satisfactorio (5).

Este tipo de patología, plantea la controversia de si la hiperamilasemia se debe a una forma leve de pancreatitis o si no se trata de una PA (3,4). Las características clínicas, anatómicas e histológicas de estos casos apoyan el papel del reflujo pancreático y de un componente obstructivo colestásico asociado a la fisiopatogenia de la enfermedad (5). La visualización del páncreas normal en el acto quirúrgico unido a la ausencia de alteraciones morfológicas pancreáticas en las pruebas de imagen como sucedió en nuestros dos casos, van a favor de esta última opción; por todo ello el término "pseudo-pancreatitis" parece apropiado para definir esta peculiar forma de presentación de los quistes de colédoco.