

PRESENTACIÓN DE CASO

Malformaciones del conducto cístico

Malformations of the cystic duct

Jorge Emilio López Martín,¹ María Elena Corteguera Fonte,² Luis Sánchez Rodríguez³

¹Especialista de II grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines. Mayabeque. Cuba.

²Especialista de I grado en Imagenología. Profesor Asistente. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines. Mayabeque. Cuba.

³Especialista de I grado en Cirugía General. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines. Mayabeque. Cuba.

RESUMEN

Se presenta el reporte de un paciente operado por una enfermedad no litiásica de la vía biliar principal, en el cual durante el estudio transoperatorio se encuentra una malformación o variedad anatómica del conducto cístico no reportada por la literatura nacional y/o extranjera. Se muestran imágenes de la misma. Se realizó una revisión bibliográfica al respecto, no encontrando reportes similares.

Palabras clave: colangiografía, colangiorresonancia.

ABSTRACT

It is presented the report of a patient operated on for a nonlithiasic disease of the main biliary tract in whom it was found during the intraoperative study a malformation or anatomical variety of the cystic duct unreported by the national and/or foreign literature . Pictures of it are shown and it was performed a bibliographical review on the matter, finding no similar reports.

Key words: cholangiography, cholangioresonance.

INTRODUCCIÓN

La literatura médica es amplia acerca de la anatomía y variaciones anatómicas del hilio hepático y en específico de los conductos biliares y la arteria cística.

La cirugía biliar es, sin lugar a dudas, la más difícil y delicada de las que se practican en el abdomen por la complejidad estructural y las múltiples y frecuentes variaciones en la región hepatobiliar, por lo que el cirujano no debe nunca confiar en los casos fáciles, pues es en ellos donde se producen los accidentes fatales. Debe tener un conocimiento exacto y minucioso de la anatomía topográfica de la zona hepatobiliar. El conocimiento de las

variaciones anatómicas nos permite enfrentar cualquier situación durante esta cirugía. Una exposición reglada, una buena disección y el dominio de las maniobras y gestos quirúrgicos constituyen la mejor protección contra eventuales complicaciones o accidentes durante el transcurso de la operación.

Si se considera que el cuadro clínico doloroso del cuadrante superior derecho del abdomen constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Emergencias; que pueden encontrarse anomalías en el árbol biliar en 10 al 30 % de la población, y que la cirugía biliar representa del 15 al 20 % de todas las intervenciones, podemos evidenciar la elevada incidencia de las enfermedades biliares y sus complicaciones.^{1,2}

Autores tan revisados como Sabinston Christopher³ y Shackerfold,⁴ describen variantes anatómicas del conducto cístico y su arteria. Entre ellas mencionan: unión baja o alta con el hepático común, adherencia al mismo, falta de cístico o cístico muy corto y espiral anterior o posterior con unión en el lado izquierdo del hepático común.

Pellegrini⁵ en su tratado sobre Vesícula y Conductos Biliares detalla similares alteraciones en relación al conducto cístico.

Ante el hallazgo durante el tratamiento quirúrgico, de uno de nuestros pacientes, de una anomalía no descrita de esta estructura (conducto cístico), nos dimos a la tarea de revisar la literatura nacional y extranjera buscando algún reporte de la misma. Al no encontrar ningún caso similar se decidió realizar la presentación de este caso.

Caso Clínico

Paciente de 77 años de edad, masculino, mestizo, sin antecedentes patológicos personales de valor, que consulta por náuseas, vómitos postprandiales, pirosis, epigastalgia, anorexia, prurito y pérdida de peso. Refirió además coluria y acolia. Este cuadro se instaló paulatinamente en un plazo de tiempo de 15 días, según refirió. Al examen físico, además de la pérdida de peso, presentaba coloración amarilla de la piel y las mucosas de tinte verdínico.

El ultrasonido realizado el día 25 de noviembre de 2011, informó: vesícula distendida, con paredes engrosadas y doble contorno, bilis de éstasis. Colédoco de 12 mm y discreta dilatación de vías biliares intrahepáticas. Páncreas hiperecogénico, de textura heterogénea, imagen relativamente ecolúcida, abigarrada de 37 x 22 mm en proyección de cabeza pancreática.

La química sanguínea informó de un conteo leucocitario normal, así como las cifras de hematocrito y hemoglobina; una eritrosedimentación de 50 mm³, fosfata alcalina, 834 u/l; TGO y TGP en 68 y 20 u/l respectivamente; bilirrubina: total 369.0 mmol/l, directa 253.0 mmol/l, indirecta 116.0 mmol/l. y un coagulograma normal.

Se le realiza colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), (29/11/11), que informa: papila duodenal desplazada y lateralizada. Realizan

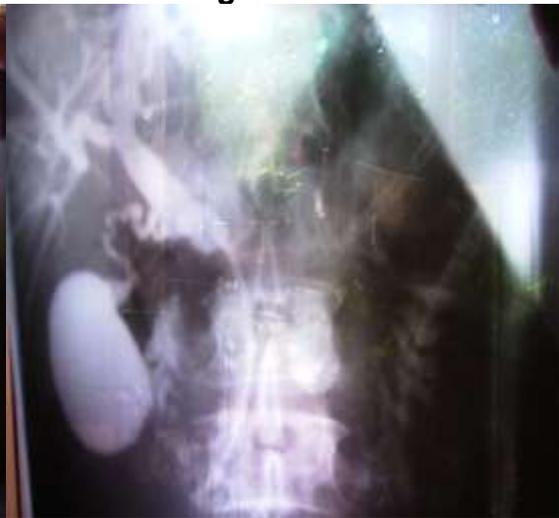
esfinterotomía, se pasa guía y se vence área de estenosis coledociana retropancreática, que al opacificar muestra dilatación de VB intra y extrahepáticas a partir de la porción retrodudoenal. Se coloca endoprótesis 10 Fr. No se reportan litiasis de la vía biliar principal (VBP).

Con estos elementos se decide llevar al salón de operaciones para explorar la VBP. Se accede a través de una incisión transversa en el cuadrante superior derecho (Kocher) encontrando una vesícula grande, no tensa, de paredes muy gruesas, sin cálculos, con adherencias a ella e hilio hepático de estructuras vecinas, las cuales son liberadas. Se decidió puncionar el colédoco e intentar colangiografía, pero se encontró marcada resistencia a la inyección del contraste y las radiografías no resultaron útiles, cístico que nos resultó imposible de canulizar. Ante tal eventualidad, puncionamos la vesícula biliar por su fondo, aspiramos su contenido e inyectamos contraste (biligrafina) lográndose dibujar la misma, conducto cístico y la vía biliar principal (VBP) (figura 1 y figura 2).

Figura 1



Figura 2



Se constata una variedad no usual de conducto cístico: este resulta muy largo, tortuoso y *en largo tirabuzón*, con una inserción lateral derecha baja al hepático común; detención brusca del contraste en el 1/3 distal del colédoco, correspondiente al área descrita por la CPRE y ausencia de cálculos en la VBP, por lo que, teniendo en cuenta la edad del paciente, el estado general del mismo y la permeabilidad del conducto cístico decidimos realizar derivación biliodigestiva (colecistoyeyunostomía en dos planos a puntos separados más yeyunoyeyunostomía) sin retirar la endoprótesis. Tuvo una evolución satisfactoria y es dado de alta, con resolución casi total del íctero y sus síntomas acompañantes, 12 días después de la intervención. Dos meses más tarde se encuentra asintomático.

El hígado, la vesícula biliar y las vías biliares se originan de un divertículo procedente de la porción caudal del intestino anterior al principio de la cuarta semana de desarrollo embrionario. Este divertículo hepático se alarga con rapidez y se divide en dos porciones: la porción cefálica o hepática y la porción caudal o cística. La porción caudal o cística se expande para formar la vesícula biliar y su pedículo se convierte en el conducto cístico. Cuando existe alguna

alteración en esta proliferación y migración embriológica ocurren las anomalías biliares congénitas.⁶

Con el advenimiento de la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), la descripción de la anatomía del tracto biliar resulta relevante. Muchos autores coinciden con esta información. Otros corroboran que la CPRE permite diagnosticar estas alteraciones lográndose un conocimiento de la anatomía de la vía biliar, previa a la cirugía.⁷

Investigadores italianos han utilizado la colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP) para el estudio de las anomalías congénitas y variaciones de los conductos biliares y pancreáticos.⁸ Analizaron 350 pacientes aquejados de diferentes dolencias de las vías biliares encontrando que el 41 % tenía alguna variante anatómica y el 1,3 % eran anomalías congénitas. Las variantes de los conductos biliares extrahepáticos estaban presentes en 8.8 % de los pacientes: la inserción baja del conducto cístico en el conducto hepático común (4,5 %), terminación del conducto cístico en el conducto hepático derecho (2,7 %) y un cístico doble (1,6 %). Las anomalías congénitas (1,3 %) encontradas fueron, para el conducto cístico, de 0,3 %.

En un estudio venezolano realizado por especialistas del Departamento de Ciencias Morfológicas de Venezuela⁹ acerca de las variaciones anatómicas del conducto cístico, estudio este realizado en cadáveres e imágenes de la CPRE encontraron en cuanto a lo que nos compete, una longitud del conducto cístico promedio de 15 mm en cadáveres y 16 mm en el material radiológico; el punto de implantación hepatocística en la cara derecha del hepático común, 84 % en los cadáveres y 38 % en las radiografías y un nivel de unión alto en el 94 % de los cadáveres y un 84 % en el material radiológico. En este trabajo no se informa acerca de la morfología del conducto cístico.

Reyes⁷ en su estudio de 260 CPRE realizadas en el servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas encontró, entre otras malformaciones de las vías biliares, 9 variaciones en la implantación del conducto cístico, pero tampoco informa sobre la morfología de este conducto.

Las variaciones anatómicas de la vía biliar son tan comunes que pueden considerarse más bien como normales y no como malformaciones congénitas, sin embargo, estas disposiciones pueden hacer difícil una intervención quirúrgica predisponiendo a causar iatrogenia de la vía biliar o arterial.

Los estudios preoperatorios son muy importantes para un diagnóstico positivo y mayor seguridad al momento del abordaje. Dentro de las modalidades de diagnóstico por imágenes útiles se describen el Ultrasonido (US), la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la Resonancia Magnética Nuclear con efecto Colangiográfico (RMNC) y la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE).¹⁰

Existen muchas técnicas para la prevención de las lesiones iatrogénicas de las vías biliares, dentro de ellas, la Visión Crítica de Strasberg es una de las más utilizadas en nuestros centros. Esta expone: disección y liberación del

Triángulo de Calot hasta exponer la arteria y el conducto cístico y exponer la base del hígado. Una vez realizado, estas estructuras solo pueden corresponder a la arteria y conducto cístico.

Para ello, el conocimiento de la región a operar y los detalles ofrecidos por las técnicas de imagen, especialmente la colangiografía transoperatoria, ha resistido la prueba del tiempo y son de vital importancia en la evitación de lesiones y conocimiento vasculobiliar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moossa AR, Mayer AD, Stabile B. Iatrogenic injury to the bile duct. Who, how, where? Arch of Surgery [Internet]. 1990 Aug [cited 2009 Jun 10];125(8). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2378554>
2. Ga Benítez P, A Paris P, Ca Benítez P, Saade CR. La cirugía biliar en Venezuela: la primera colecistectomía: parte 1. RFM [Internet]. 2003 Ene [citado 15 Mar 2009];26(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079804692003000100005&script=sci_arttext
3. Capítulo 35. David C Sabinston JR. Tratado de Patología Quirúrgica. En: Sistema Biliar. Interamericana-McGraw Hill; 1995.p.1213.
4. Organ CH. Shackerfold`s. Surgery of the alimentary tract. Ann Surg [Internet]. 1992 Feb [cited 2009 Jul 15];215(2). Disponible en: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=596657>
5. Capítulo 1. Carlos A, Pellegrini MD, Lawrence W, Way MD. Surgery of gallbladder and bile ducts. En: Embriology and anatomy of biliary tree. London; 1987.p.14.
6. Fernández Hernández JA, Parrilla Aparicio P. El paciente con patología de las vías biliares. Guía Clínica de Cirugía Biliopancreática [Internet]. [citado 10 Mar 2009]. Disponible en: http://www.aecirujanos.es/publicados_por_la_AEC/guia_cirugia_biliopancreatica/capitulo1_guia_cirugia_biliopancretica.pdf
7. Reyes Y, Tombazzi C, Márquez D, Candia P, Bacalao R, Lecuna V. Anomalías congénitas y variaciones anatómicas de las vías biliares, duodeno y pancreas en colangio-pancreatografía retrograda endoscópica. GEN [Internet]. 1996 Ene-Mar [citado 24 Jul 2009];50(1). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=259143&indexSearch=ID>
8. De Filippo M, Calabrese M, Quinto S, Rastelli A, Bertellini A, Martora R [et al]. Congenital anomalies and variations of the bile and pancreatic ducts: magnetic resonance cholangiopancreatography findings, epidemiology and clinical significance. Radiol Med [Internet]. 2008 Sept [cited 2009 Jun 21];113(6): Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18592141>
9. Erben Y, Benavente-Chenhalls LA, Donohue JM, Que FG, Kendrick ML, Reid-Lombardo KM [et al]. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Mirizzi. J Am Coll Surg [Internet]. 2011 Oct [citado 20 Jun 2009];213(1).

Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=72006>

10. Mazziotti S, Minuloti F, Blandino A, Vinci S, Salamone I. Gallbladder duplication: MR cholangiography demonstration. Abdom Imaging [Internet]. 2001 May-Jun [cited 2009 Mar 24];26(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11429954>

Dr. Jorge Emilio López Martín. Especialista de II grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Aleida Fernandez Chardiet". Güines. Mayabeque. Cuba. E-mail: jemilio@infomed.sld.cu