

Caso clínico: Manejo de quiste de colédoco perforado

Clinical case: Management of a perforated choledochal cyst

Vania LOZADA GONZALES^{1*}, Roberto CONDORI BAUTISTA²

¹Servicio de cirugía, Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Cochabamba. Estado Plurinacional de Bolivia.

²Servicio de cirugía, Hospital Municipal San Borja Dr. José Eduardo Olmos Maeda, Beni. Estado Plurinacional de Bolivia. <https://orcid.org/0009-0009-9921-719X>

*Autor para correspondencia: vanialozada@gmail.com

RESUMEN

Los quistes de Colédoco (CC) tienen una incidencia variada poco frecuente en adultos, predomina en el sexo femenino 4:1. Se presenta caso retrospectivo de paciente femenina de 26 años, residente en la ciudad de Oruro, con 10 días de evolución por dolor abdominal generalizado, náuseas, vómitos, hiporexia, distensión abdominal y hemodinámicamente inestable referida al Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés (IGBJ) de Cochabamba, sin antecedentes relevantes. Por la inestabilidad hemodinámica, perforación de quiste de colédoco, bilioperitoneo y datos de choque séptico se realizó una cirugía de control de daños, colecistectomía, resección parcial del quiste, derivación biliar externo y manejado en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). En el segundo tiempo quirúrgico se reseca todo el quiste, y el tejido necrótico en región subhepático y retroperitoneal, sin embargo, en el postquirúrgico intercorre con hemoperitoneo por sangrado de vaso periportal, realizándose otra intervención quirúrgica de emergencia. En UTI intercorre con fístula pancreática e infección intrahospitalaria, pasa posteriormente a sala hasta el cumplimiento de tratamiento y externado con seguimiento por consulta externa. Después de tres meses la paciente reingresa para hepaticoyeyunoanatomosis en Y de Roux. Los estudios de imagen juegan un papel importante para el diagnóstico temprano de CC debido a clínica inespecífica. Llevando a un tratamiento oportuno con tasa de supervivencia a cinco años superior al 90%.

Palabras clave: Quiste biliar, coledococoele, divertículo de conducto biliar.

ABSTRACT

Choledochal cysts (CC) have a varied incidence and are uncommon in adults, with a female predominance of 4:1. We present a retrospective case of a 26-year-old female patient, resident in the city of Oruro, with 10 days of evolution of generalized abdominal pain, nausea, vomiting, hyporexia, abdominal distension and hemodynamically unstable, referred to the Bolivian-Japanese Gastroenterology Institute (IGBJ) in Cochabamba, with no relevant history. Due to hemodynamic instability, perforation of the choledochal cyst, bilioperitoneum, and signs of septic shock, damage control surgery was performed, including cholecystectomy, partial resection of the cyst, external biliary diversion, and management in the Intensive Care Unit (ICU). In the second surgical stage, the entire cyst was resected, along with the necrotic tissue in the subhepatic and retroperitoneal regions. However, postoperatively, the patient developed hemoperitoneum due to bleeding from a periportal vessel, necessitating another emergency surgical intervention. In the ICU, the patient developed a pancreatic fistula and nosocomial infection. She was subsequently transferred to the ward until treatment was completed, and she was discharged with follow-up in an outpatient clinic. After three months, the patient was readmitted for Roux-Y hepaticojejunostomy. Imaging studies play a crucial role in the early diagnosis of CC, which often presents with nonspecific symptoms, thereby facilitating timely treatment and a five-year survival rate of over 90%.

Keywords: Biliary cyst, choledococoele, bile duct diverticulum.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de Colédoco (CC) son dilataciones quísticas congénitas de la vía biliar que pueden afectar al tracto biliar extrahepático, intrahepático o ambos, ahora se denominan quistes biliares (Hoilat & John, 2023, Vergara *et al.*, 2025).

Según Giha *et al.* (2016), aproximadamente el 80% se diagnostica en la infancia y la adolescencia. La incidencia varía de 1 en 100 000 a 150 000 individuos en los países occidentales (Reyes-García & Martínez-Bello, 2021) a 1 en 13 000 individuos en Japón (Brown *et al.*, 2023; Nguyen *et al.*, 2023). Hoilat & John (2023) indican que los CC tipo I y IV ocurren con mayor frecuencia en mujeres en una proporción de mujeres a hombres de 4:1 o 3:1. La razón del predominio asiático y femenino sigue siendo desconocida.

Giha *et al.* (2016) describen tres teorías como causas para desarrollar quiste de colédoco: 1) Teoría de Babbitt: basada en la unión del conducto común largo donde más de 15 mm de longitud predispondría a un reflujo de la secreción pancreática y provoca lesión de la pared y la posterior dilatación del colédoco. 2) Teoría de Kusonoki: reducción de células ganglionares en la pared del quiste, produciendo flujo biliar lento en el lugar del reflujo pancreático. 3) Teoría de Wheeler: coledococoeles.

Según Alonso-Lej *et al.* (1959), existen tres tipos: 1) dilatación del colédoco, 2) divertículo lateral y 3) dilatación de la porción intraduodenal del colédoco. Modificado por Todani *et al.* (1977), éste último representa el esquema de mayor aceptación (Arroyo-Martínez *et al.*, 2024) (Figura 1).

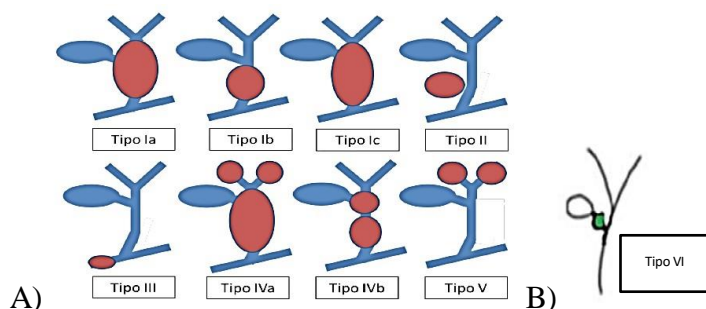


Figura 1. A) Clasificación de Todani *et al.* (1977) donde se ven las diferentes dilataciones del árbol biliar (DAB) extra (DAB-E) e intrahepático (DAB-I) (Sánchez *et al.*, 2015). B) Quiste en conducto cístico (Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cirugía Neonatal y Pediátrica, 2023).

Según la clasificación de Todani *et al.* (1977) (Figura 1A) el Tipo I corresponde: DAB-E, que se subclasifica en a) quístico, b) focal y c) fusiforme. Tipo II: divertículo sacular del colédoco extrahepático. Tipo III: DAB en el duodeno, coledococoele. Tipo IVa: DAB-E y DAB-I. Tipo IVb: múltiples quistes

extrahepáticos. Tipo V: dilatación limitada a los conductos intrahepáticos (enfermedad de Caroli). A la calificación anterior también existe otra clasificación modificada por Jones-Clarck donde además puede existir quiste a nivel de conducto cístico (tipo VI) que serían casos muy raros. (Sub Unidad de Atención



Integral Especializada del Paciente de Cirugía Neonatal y Pediátrica, 2023).

Hoilat & John (2023) describen que la histopatología del CC en pacientes más jóvenes, se muestra infiltración linfocítica revestida por epitelio cilíndrico, colágeno denso junto con haces de músculo liso dentro de la pared, lo que indica fibrosis de la pared del quiste. Por el contrario, los quistes adultos muestran evidencia de inflamación e hiperplasia de la mucosa. Hay una variación según la clasificación: tipo I y tipo IV pueden mostrar ausencia o distribución irregular de la capa mucosa biliar. El tipo II es difícil de distinguir de la duplicación de la vesícula biliar. El tipo III con frecuencia revestido por mucosa duodenal y poca mucosa biliar. El tipo V generalmente muestra fibrosis hepática. No hay estudios de laboratorio específicos para CC.

La presentación clínica del 20% presentará la triada: ictericia, dolor abdominal y masa en hipocondrio derecho. En el resto de los pacientes serán síntomas aislados, algunos casos cursan con colangitis, pancreatitis, hemorragias digestivas, várices esofágicas y peritonitis biliar por rotura del quiste (Giha *et al.*, 2016).

La ecografía es la primera aproximación diagnóstica, puede pasar por alto si no se conocen las características ecográficas (Giha *et al.*, 2016). Tiene una buena sensibilidad (71% a 97%) para identificar CC y la ubicación del quiste; sin embargo, si la dilatación es distal no se logra identificar la causa y tampoco identifica la presencia de unión pancreatobiliar anómala. La colangiografía por tomografía puede identificar la dilatación de los conductos intrahepáticos, el conducto biliar común distal con sensibilidad del

90%, pero solo el 64% para la caracterización del conducto pancreático (Hoilat & John, 2023).

La colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) es la técnica de elección para diagnóstico y terapéutico en algunos casos como Todani *et al.* (1977) tipo III para quiste menor a 3 cm.

Colangiorresonancia es el estudio estándar para el diagnóstico de CC, con una sensibilidad muy alta del 90% al 100%. Además, es útil para identificar la unión pancreatobiliar anómala, el colangiocarcinoma, coledocolitiasis y CC (Vergara *et al.*, 2025). Su limitación es la incapacidad para detectar anomalías ductales menores o CC pequeños de tipo III (coledocoeles) (Hoilat & John, 2023).

En cuanto al tratamiento basado según la clasificación de Todani *et al.* (1977), Sánchez *et al.* (2015) y Olmos Casas *et al.* (2020), recomiendan lo siguiente:

El Tipo I: colecistectomía y resección completa de los conductos extrahepáticos y reconstrucción hepático-yeyunostomía en “Y” de Roux.

Tipo II: resección del quiste y colecistectomía, la resección completa de las vías biliares extrahepáticas no es necesaria. Según el cuello del quiste: cierre primario o sonda T tipo Kehr.

Tipo III (coledocoele): menor a 3 cm, la esfinterotomía endoscópica (neoplasia maligna de menor riesgo); mayor a 3 cm, escisión transduodenal y ocasionalmente, reimplante del conducto pancreático en la pared duodenal.

Tipo IVa: resección y la reconstrucción mediante hepáticoyeyunostomía; si las lesiones

intrahepáticas están restringidas a un solo lóbulo hepático hepatectomía parcial.

Tipo IVb: requiere resección completa de la porción comprometida de la vía biliar extrahepática, con escisión transduodenal o esfinterotomía endoscópica.

Tipo V: las lesiones están limitadas a un lóbulo (izquierdo): hepatectomía parcial con colangi-yeyunostomía. Pacientes con quistes no resecables intrahepáticos, o con enfermedad bilobular: trasplante hepático.

Cuando el quiste se adhiere a la vena porta por inflamación crónica grave, se puede utilizar la técnica de Lilly (Sánchez *et al.*, 2015). Consiste en dejar la pared posterior del quiste de colédoco y posterior electrocauterización o legrado de la mucosa.

La resección vía laparoscópica presenta función intestinal más rápida, resecables tipo I, II y IV. En cuanto a sus desventajas se observan dificultades en la resección del quiste y retracción hepática difícil en pacientes obesos. Según la asociación mexicana de cirugía general (2008), contraindicado en quistes perforados, cirugía bilioentérica previa.

¿Qué hacer con quiste de colédoco complicado? ruptura o colangitis grave, abdomen agudo peritonitis biliar, sí está estable la resección y reconstrucción (Sánchez *et al.*, 2015). No establece el cierre y se sugiere colocar la sonda T. Se recomienda la reconstrucción diferida (Hoilat & John, 2023) como regla general, por tanto, todos los quistes deben resecarse y se debe restaurar el flujo biliar.

Presentación de caso clínico

Presentamos paciente femenina de 26 años, nacionalidad boliviana, procedente de la provincia Inquisivi (La Paz), residente en la ciudad de Oruro quien acude a centros particulares y farmacias por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 10 días de evolución de inicio insidioso, tipo transfixiante, leve a moderada intensidad, se automedica con medicamentos desconocidos. Al cuadro se acompaña de náuseas que llegan a vómitos tipo biliosos en varias oportunidades e hiporexia, al no existir mejoría acude a su centro de salud posteriormente referida al Hospital Corea de Oruro; permanece internada por cinco días en la institución, mientras se realiza sus estudios complementarios (ecografía abdominal, evidencian una imagen hipoecoica subyacente a la vesícula biliar, por lo que solicitan colangiorresonancia) y análisis clínico, la paciente se exacerba con dolor abdominal generalizado y distensión abdominal y deterioro hemodinámico por lo que es referida al Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés (IGBJ) de Cochabamba, por la complejidad del caso (fecha de internación: 07/2023). Antecedentes gineco-obstétricos: cuatro gestaciones y cuatro partos eutócicos aparentemente, niega antecedentes de enfermedades o cirugías previas (Figura 2).

Examen físico general: paciente en decúbito dorsal pasivo, vigil, algica, con piel y mucosas ictericas deshidratadas, taquipneica, taquicárdica; signos vitales: PA: 100/60 mmHg FC: 110 lpm, FR: 26 rpm, SatO₂: 85 % con aporte de oxígeno.

Al examen físico segmentario lo relevante en abdomen: abdomen distendido, ruidos hidroaéreos hipoactivos, doloroso a la palpación profunda en todos los cuadrantes. A la percusión matidez en

hemiabdomen inferior, con signos de irritación peritoneal.

Laboratorios de ingreso por emergencias: glucemia: 102 mg/dl, urea: 28 mg/dl, creatinina: 0.6 mg/dl, TGO: 18 U/l, TGP: 21 U/l, fosfatasa alcalina;

307 U/L, bilirrubina total: 2.4 mg/dl, bilirrubina directa: 1.3 mg/dl, bilirrubina indirecta: 1.1 mg/dl, leucocitos: 18.280 / μ L S:90 % L: 6%, cayados: 1%, hemoglobina: 13.7 g/dl, hematocrito: 38.34 %, plaquetas: 468 000 mm³.

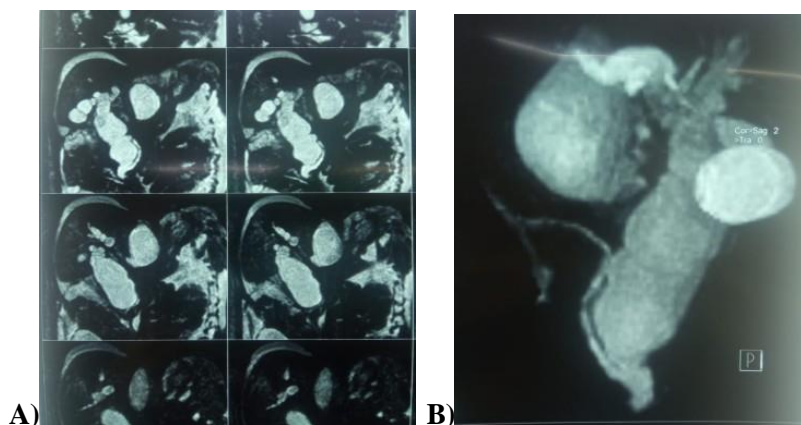


Figura 2. A–B estudio de Colangioresonancia cuatro días previos, realizado en el departamento de Oruro antes de su referencia. Donde se evidencia imagen hiperintensa ovoidea opuesta a la vesícula biliar, que orienta al quiste. Vía biliar extrahepática dilatada de manera fusiforme.

El estudio de colangioresonancia (Figura 2) concluye: dilatación de vía biliar intra y extra hepática de morfología fusiforme. Imagen de aspecto quístico en el segmento hepático I, aparenta comunicar con conducto biliar segmentario. Considerar la posibilidad de quiste de colédoco tipo IVa (clasificación de Todani *et al.* 1977). Vesícula distendida sin litos en su interior. Líquido libre perihepático, periesplénico y parietocólicos.

En servicio de emergencias se realiza paracentesis logrando evacuar 1800 cm³ de bilis franca. Debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente, se realizó una cirugía de control de daños por bilioperitoneo y choque séptico. Se realizó laparotomía

exploradora, colecistectomía directa, resección parcial de quiste de colédoco (Figura 3), drenaje biliar externo por sonda en T. Hallazgos: bilioperitoneo de 1500 cm³. Quiste de colédoco en porción supraduodenal necrosado, perforado y tejido friable, la vesícula biliar de paredes engrosadas de 12 x 6 cm, conducto cístico delgado de 4 mm. Se evidencia necrosis de grasa del espacio subhepático y retroperitoneal derecho al realizar la disección de la fascia de Told, además de la infiltración del líquido biliar en toda la cavidad peritoneal, por lo que se deja en laparostomía contenida y una cirugía de control de daños. Posteriormente pasa hemodinámicamente inestable a la UTI.

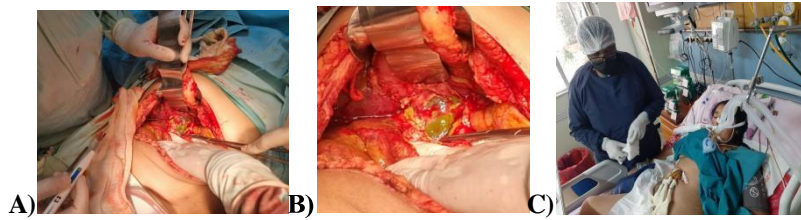


Figura 3. A) incisión quirúrgica tipo Chevron o en boca de horno. B) imagen donde se observa quiste de colédoco perforado. C) paciente intubado posterior a la cirugía con exposición de herida operatoria más tres drenajes tubulares (la primera proveniente de vía biliar principal, espacio subhepático y parietocólico derecho).

Al sexto día de la primera intervención, se realiza la resección del quiste de colédoco más el drenaje biliar externo, lavado peritoneal y retroperitoneal. Hallazgos: quiste de colédoco necrosado y perforado de 12 cm de longitud y 6 cm de

diámetro, tejido necrótico en espacio subhepático izquierdo, hepático común seccionado y conectado a la sonda en T. Ausencia de vesícula biliar y retorna hemodinámicamente estable a la UTI (Figura 4).

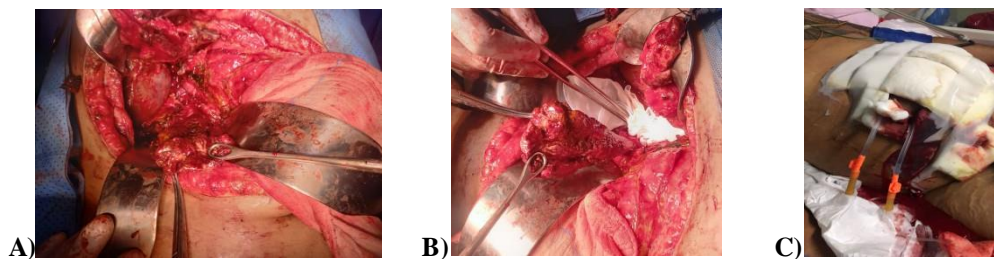


Figura 4. A–B representan las imágenes del quiste de colédoco necrosado, engrosado y tejido friable. C) Abdomen de la paciente con apósitos manchados con débito hemático el día que intercurrió con hemoperitoneo.

Al segundo día el postquirúrgico de la segunda cirugía, el paciente cursa con débito hemático en abundante cantidad por drenajes abdominales sospechando de hemoperitoneo (Figura 4c), además de presentar datos clínicos de choque hipovolémico, el paciente ingresa a quirófano de emergencias realizándose laparotomía, hemostasis en vaso sangrante periportal, lavado y drenaje de cavidad peritoneal. Pérdida hemática de 1500 cm³ intraquirúrgico. Se transfunde cuatro paquetes globulares intraquirúrgicos.

Estabilizada la paciente retorna a la UTI. En las siguientes 48 y 72 horas en los controles de egresos

llama la atención el aumento gradual de débito seroso por drenajes próximos a resección del quiste, manteniendo valores de 800 a 1000 cm³ en 24 horas, además de leucocitosis de 10 000 a 23 000 mm³ y el dolor abdominal.

Se realiza citoquímicos de líquido peritoneal por el drenaje con resultado de aumento de amilasa en la muestra 1800 U/L aproximadamente. Se sospecha de fístula pancreático, motivo por el que se decide conectar a aspiración continua de manera indirecta próximo a los drenajes abdominales conectado a un tubo en Y a 100 mmHg, para evitar la diseminación a la cavidad peritoneal y esfinterotomía por CPRE para

descomprimir la presión de la porción intrapancreática del colédoco y disminuir la fuga del jugo pancreático por el muñón distal del colédoco. Se observó mejoría

clínica a las 48 horas con descenso de leucocitosis y el débito por los drenajes (Figura 5).



Figura 5. Según el reporte de CPRE describe la ampolla de Váter normal, opacificación de muñón de colédoco y conducto pancreático que desemboca en zona distal al muñón (se observa la desembocadura del conducto pancreático alto, es decir, el conducto común largo). Además, se aprecia la salida del contraste por el muñón.

El estudio de CPRE reporta: fuga por muñón coledociano, esfinterotomía endoscópica.

Se realizó pancultivo durante su estadía en la UTI, donde el cultivo de herida quirúrgica reporta *Acinetobacter baumannii* con sensibilidad intermedia a colistin y ampicilina más sulbactam. Se inicio con imipenem, metronidazol desde su intervención quirúrgica, y se modificó el esquema a colistin de acuerdo al resultado de cultivo. El examen anatomopatológico reporta compatibilidad con el quiste de colédoco en su mayor parte necrosado. Ganglio linfático con hiperplasia folicular linfoide reactiva. Vesícula biliar colecistitis crónica, colesterosis, necrosis de las áreas externas de la pared vesicular con conservación de la mucosa y lamina propia. Estudio histopatológico negativo para malignidad.

Paciente pasa a la sala de cirugía, donde se completa el esquema antibiótico a 21 días, posteriormente exteriorizado y se hace seguimiento por consulta externa.

Se programa el acto quirúrgico a los tres meses, donde se realiza adherensiolisis de estructuras subhepáticas, derivación biliodigestiva hepatoyeyunoanatomosis termino lateral en Y de Roux, drenaje de la cavidad peritoneal. Hallazgos: proceso fibroadherencial de epiplón a borde hepático y espacio subhepático, ausencia de la vesícula biliar, sonda T en hepático común, la misma de +/- 2 cm de diámetro. Se secciona yeyuno a 20 cm del ángulo de Treitz, el cabo distal se realiza cierre de muñón con puntos en guardia griega, surget continuo más puntos de Lambert y se deriva a espacio subhepático por región retrocolica. Se procede a hepatoyeyunoanatomosis en Y de Roux, termino lateral con hilo PDS 4-0 puntos simples. No requirió colocar tutor biliar externo, por estar dilatada la vía biliar de 2 cm de diámetro facilitando la anastomosis biliodigestiva. Anastomosis yeyuno termino lateral, en dos planos: con hilo PDS 3-0 puntos surget continuo, más puntos Lambert de refuerzo, y la síntesis de pared por planos. Permanece cinco días y posteriormente con alta médica.



DISCUSIÓN

La presentación de un CC perforado y con complicaciones, amerita un diagnóstico temprano, porque resulta difícil su manejo en el contexto de abdomen agudo. La incidencia de los CC es baja en occidente con evidente predominio del sexo femenino coincidiendo con la paciente femenina de 26 años.

El retraso en el diagnóstico es un factor que predispone a la morbilidad de los CC, especialmente por la presentación clínica inespecífica. El caso presentado expone eso por acudir a varios centros con dolor abdominal y fue referida después de 10 días de evolución, el cual culminó en inestabilidad hemodinámica, bilioperitoneo y choque séptico por la perforación del quiste.

La colangiorresonancia es estándar (sensibilidad del 90% al 100%) para la descripción de

los CC y la planificación quirúrgica. En nuestro caso, la colangiorresonancia antes de la cirugía de emergencia fue crucial para clasificar el quiste como probable Todani *et al.* (1977) tipo IVa.

La perforación de un CC es una complicación poco frecuente pero grave, que resulta en bilioperitoneo. La perforación es un factor de riesgo que contraindica la resección completa en un solo tiempo y más aún si el paciente está inestable, lo que llevó a la decisión de realizar una cirugía de control de daños con control de la fuente de contaminación biliar mediante el cierre de la perforación y colocación de una Sonda T, posponiendo la reconstrucción definitiva.

El manejo del caso fue un desafío debido a la inestabilidad hemodinámica y el choque séptico por la perforación (Tabla 1).

Tabla 1. Manejo quirúrgico por etapas, basado en la correlación de las diferentes etapas de intervención quirúrgica, hallazgos, manejo y referencias donde recomiendan terapéuticas.

Etapas	Intervención	Hallazgos	Justificación del manejo	Referencias
Control de daños.	Laparotomía exploradora, colecistectomía, resección parcial de quiste, drenaje biliar externo con sonda T, laparostomía contenida.	Bilioperitoneo (1500 cm ³), quiste necrosado y perforado, necrosis de grasa subhepática y retroperitoneal.	Principio de cirugía de control de daños ante la inestabilidad y el choque séptico, priorizando eliminar la infección y posponiendo la reconstrucción definitiva.	Hoilat <i>et al.</i> (2023)

Etapa	Intervención	Hallazgos	Justificación del manejo	Referencias
Resección completa.	Resección total del quiste, lavado peritoneal y retroperitoneal, drenaje biliar externo.	Quiste necrosado y perforado (12 x 6 cm), tejido necrótico y friable en espacio subhepático izquierdo.	Resección total del quiste según la recomendación general por el “riesgo de malignidad” y eliminar el proceso infeccioso.	Acevedo Polakovich <i>et al.</i> (2015).
Reconstrucción	Hepaticoyeyunostomía término-lateral en Y de Roux.	Vía biliar dilatada (2 cm), ausencia de vesícula biliar.	Restauración del flujo biliar, después del control de la fase aguda y de la fístula, realizado a los tres meses minimizando el riesgo de estenosis.	Sánchez <i>et al.</i> (2015), Olmos Casas <i>et al.</i> (2020).

El caso clínico se complicó con dos eventos postoperatorios (hemoperitoneo y fístula pancreática), que fueron manejados de forma exitosa, aunque con más días de estadía hospitalaria (21 días).

Al segundo día postquirúrgico de la segunda intervención, la paciente presentó choque hipovolémico por sangrado de vaso periportal requiriendo laparotomía de emergencia.

El sangrado puede estar relacionado con la técnica de resección del quiste o por el contacto con el drenaje adyacente, resaltar que el sitio de la resección se encontraba con tejido inflamatorio, friable y necrosis además de proceso infeccioso. En estas situaciones “la técnica de Lilly se recomienda para evitar la lesión de vasos periportales o complicaciones hemorrágicas” (Sánchez *et al.*, 2015).

Una fístula pancreática postoperatoria se caracteriza por líquido de drenaje peritoneal con

valores de amilasa tres veces por encima del valor de la amilasa en suero (mayor a 660 U/L) y obtenida del dren abdominal a partir del tercer día posoperatorio, porque un poco de filtrado en las primeras 48 horas puede considerarse fisiológico (García Rodríguez, 2019). Probablemente se originó por la fuga en el muñón distal del colédoco remanente, por el proceso inflamatorio y necrosis del tejido adyacente, que impidió una cicatrización adecuada, sumado a la presión del esfínter de Boyden.

Entre otros estudios para el diagnóstico se incluyen la tomografía computarizada (facilita encontrar colecciones de líquido), colangiopancreatografía por resonancia magnética (proporciona una imagen más precisa del conducto pancreático y la CPRE permite detallar la anatomía del conducto pancreático e identificar cualquier sitio de interrupción) (Tarazona-León *et al.*, 2024).

El manejo exitoso de la fístula incluyó: drenaje con aspiración continua para controlar la diseminación del jugo pancreático a cavidad peritoneal. La esfinterotomía por CPRE para descomprimir la presión en el muñón y el conducto pancreático, disminuyendo la fuga.

Cuando la vía biliar es de diámetro menor en las anastomosis biliodigestivas, en el gastroenterológico, algunas veces optan por colocar un tutor a nivel de la anastomosis y esta se exterioriza para prevenir estenosis futura, como también el crear un asa gástrica para posterior estudio endoscópico (Vargas-Ávila *et al.*, 2021). Para minimizar el riesgo de complicación por fuga biliar, la permanencia del catéter en vía biliar es variable según cada caso y criterio médico, sin embargo, se recomienda entre tres a seis semanas; el intervalo de tiempo establecido como necesario para la maduración del tracto biliar (Ortega García *et al.*, 2018).

En cuanto al pronóstico y malignidad: en un meta-análisis realizado de 2 904 casos de CC, ten Hove *et al.* (2018) encontraron que el riesgo de malignidad (colangiocarcinoma) en un CC puede alcanzar el 11%, la tasa de supervivencia a cinco años solo del 5%. La aparición del colangiocarcinoma fue más temprano en pacientes con CC (49.5 años, edad media) en comparación con aquellos sin CC (65 años). Finalmente, se recomienda que los pacientes adultos con CC asintomáticos se sometan a una escisión quirúrgica completa del quiste. En general, la escisión del CC mostró mejores resultados con una tasa libre de eventos del 89% y una tasa de supervivencia general a cinco años superior al 90% (Hoilat & John, 2023).

Pese a las complicaciones, el caso tuvo un resultado favorable. La resección completa del quiste

es fundamental, incluso después de una perforación, debido al riesgo oncogénico. El hallazgo histopatológico negativo para malignidad en el caso es un buen indicador de pronóstico a largo plazo.

Los quistes del colédoco son una entidad rara y tienen una presentación clínica muy variada, por lo cual se requiere un índice de sospecha alto para evitar retrasos en el diagnóstico y complicaciones.

El método imagenológico que se debe utilizar es la colangiorresonancia, que permite una caracterización adecuada y facilita la planeación quirúrgica.

Resección completa del quiste y colecistectomía, mediante técnica abierta o laparoscópica que disminuye el riesgo de complicaciones y degeneración maligna.

Para los quistes de colédoco de tipo III es suficiente el tratamiento mediante esfinterotomía endoscópica más biopsia, pero con seguimiento a largo plazo.

La relevancia del caso, en su descripción de procedencia y residencia de la paciente destaca en que esta patología en nuestro medio (Bolivia) no es frecuente dentro de los casos reportados, ya que según la literatura es más frecuente en Asia (Japón).

Debido a que los síntomas y examen físico son inespecíficos, los estudios de imagen tanto la ecografía adecuada, CPRE como la colangioresonancia juegan un papel importante para el diagnóstico de CC. La resección temprana con diagnóstico oportuno del CC ha mostrado resultados con tasa de supervivencia a cinco años superior al 90%.



La vía laparoscópica es una alternativa, requiere experiencia y aprendizaje adecuado según protocolos.

AGRADECIMIENTOS

Consentimiento informado. El caso presentado es un estudio retrospectivo de revisión de la historia clínica que no implica riesgos para nuestra paciente, no aparece datos de la paciente y se respeta su privacidad por lo que no consideramos procurar consentimiento informado.

Los autores consideramos no tener conflictos de interés, no se utilizaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial. Autofinanciado por los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo Polakovich, D.; Rivas Rivera, I.A. & Rodríguez López, A. 2015. Quiste de colédoco: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *Acta Médica Grupo Ángeles* 13(3): 171–176.

Alonso-Lej, F.; Rever, W.B.J. & Pessagno, D.J. 1959. Quiste de colédoco congénito, con informe de 2 casos y análisis de 94. *International Abstract of Surgery* 108: 1–30.

Arroyo-Martínez, L.; Montero-Carvajal, R. & Ayi-Wong, J. 2024. Quiste del colédoco como causa de dolor abdominal: revisión de un caso y bibliografía. *Acta Médica Costarricense* 46(3): 149–151.

Brown, Z.J.; Baghdadi, A.; Kamel, I.; Labiner, H.E.; Hewitt, B. & Pawlik, T.M. 2023. Diagnosis and management of choledochal cysts. *HPB* 25(1): 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2022.09.010>

García Rodríguez, M.E.; Estopiñán-Cánovas, R. & Céspedes-Rodríguez, H. 2019. Actualidad en

fístula pancreática postoperatoria. *Revista Archivo Médico de Camagüey* 23(2): 279–292.

Giha, S.; Redondo, Y. & Quintero, G. 2016. Quiste de colédoco: diagnóstico y manejo intraoperatorio. *Pediatría* 49(2): 64–67. <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.04.004>

Hoilat, G.J. & John, S. 2023. Quiste de colédoco. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557762/>

Nguyen, S.H.; Abella, M.; Gutierrez, J.V.; Tabak, B.; Puapong, D.; Johnson, S. & Woo, R.K. 2023. Robotic surgery for pediatric choledochal cysts: An American case series and literature review. *Journal of Surgical Research* 291: 473–479. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.06.034>

Olmos Casas, J.; González Zavala, P.A.; Cruz Robles, J.A. & Olmos Sosa, J.E. 2020. Quiste de colédoco. *Cirujano General* 42(1): 38–44. <https://dx.doi.org/10.35366/92710>

Ortega García, J.L.; Mantilla Pinilla, A.J.; De la Iglesia Cardaña, P.; Contreras Padilla, D.; Lora Jimenez, D. & Gil Sanchez, S. 2018. ¿Cuándo y Cómo es Seguro Retirar el Catéter de Colecistostomía Percutánea? Nuestra Experiencia. Sociedad Española de Radiología Médica. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/843/491/980>

Reyes-García, M.A. & Martínez-Bello, A. 2021. Experiencia en el manejo del quiste de colédoco en un servicio de cirugía general. Reporte de cuatro casos. *Cirujano General* 43(1): 40–46. <https://doi.org/10.35366/103913>



Sánchez, J.A.; Gómez, S.; Morales, C. & Hoyos, S.I. 2015. Quistes del colédoco. *Revista Colombiana de Cirugía* 30(4): 296–305.

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cirugía Neonatal y Pediátrica. 2023. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Quiste de Colédoco en Pediatría. Unidad de Atención Integral Especializada. San Borja, Lima, Perú.

Tarazona-León, C.E.; Camelo-Pardo, G.; Pinzón-Vargas, S.; García, F.A.; Ruiz-Hernández, G.F. & Rengifo, L.J. 2024. Fístula pancreática: una complicación temida. Experiencia en una unidad de cirugía hepatobiliopancreática de cuarto nivel. *Revista Colombiana de Cirugía* 39(2): 260–267. <https://doi.org/10.30944/20117582.2415>

ten Hove, A.; de Meijer, V.E.; Hulscher, J.B.F. & de Kleine, R.H.J. 2018. Meta-analysis of risk of developing malignancy in congenital choledochal malformation. *BJS* 105(5): 482–490. <https://doi.org/10.1002/bjs.10798>

Todani, T.; Watanabe, Y.; Narusue, M.; Tabuchi, K. & Okajima, K. 1977. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *The American Journal of Surgery* 134(2): 263–269. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(77\)90359-2](https://doi.org/10.1016/0002-9610(77)90359-2)

Vargas-Ávila, A.L.; Aguilera-Díaz-Teran, G.; Vargas-Flores, J.; Galicia-Gómez, T.J.; Cortázar-

Sánchez, C.A.; Cruz-Arias, A.; Camacho-Nájera, M. & Lara-Valdez, Á.J. 2021. Anastomosis perpendicular duodeno-yeyunal para un acceso endoscópico convencional posoperatorio en las derivaciones biliodigestivas en Y de Roux. *Cirugia y Cirujanos* 89(5): 638–645. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20000924>

Vergara, F.A.; Tarazona-León, C.E.; Agudelo-Tamayo, Z.M. & Camelo-Pardo, G. 2025. Quistes de la vía biliar: experiencia de dos casos en una unidad de cirugía hepatopancreatobiliar. *Revista Colombiana de Cirugía* 40(2): 423–428. <https://doi.org/10.30944/20117582.2545>