

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

## Quiste de colédoco como causa de dolor epigástrico

### Choledochal cyst as a cause of epigastric pain

E. Vaquero Sosa<sup>a,\*</sup>, A. Bodas Pinedo<sup>a</sup>, D. Llanos<sup>b</sup>, C. Soto<sup>c</sup>, F. Rivilla<sup>c</sup>  
y C. Maluenda Carrillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

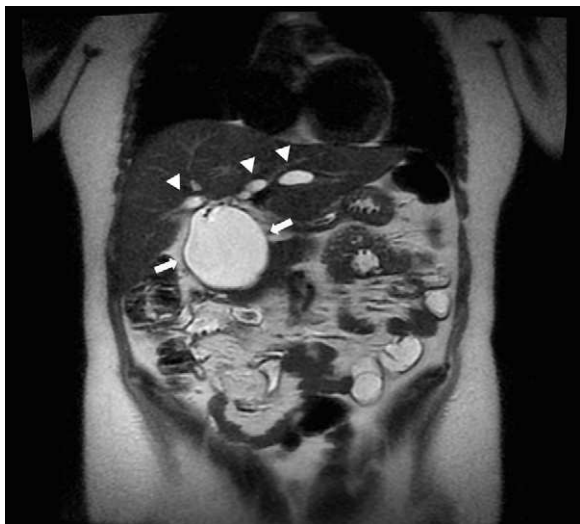
<sup>c</sup> Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Disponible en Internet el 7 de mayo de 2012

Adolescente mujer de 14 años, con dolor abdominal epigástrico no irradiado de varios años de evolución, más intenso y asociado a náuseas en los últimos meses. En la exploración, el abdomen es doloroso a la palpación profunda en el

epigastrio y bajo el reborde costal derecho, sin detectar masas ni visceromegalias. Mediante ecografía abdominal se observa una dilatación de la vía biliar intrahepática central y formación quística de 7 cm de diámetro en región de cabeza pancreática. Ante sospecha de quiste de colédoco se amplía el estudio con colangio-RM (figs. 1-3), observándose hallazgos compatibles con quiste tipo I de Todani y drenaje biliar aberrante.

El quiste del colédoco es una dilatación congénita de la vía biliar (extra y/o intrahepática) con incidencia baja (1:100.000-150.000), que predomina en mujeres y en la raza asiática<sup>1</sup>. Suele manifestarse en la primera infancia, con



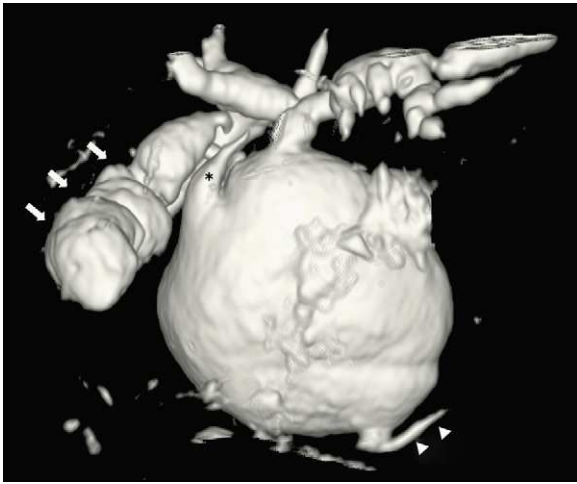
**Figura 1** Imagen potenciada en T2 tipo single shot en el plano coronal. Se observa una gran dilatación aneurismática del colédoco (flechas) y dilatación de la vía biliar intrahepática (cabezas de flecha), hallazgos compatibles con quiste de colédoco tipo I de Todani.



**Figura 2** Imagen potenciada en T2 tipo single shot en el plano axial. Se observa dilatación aneurismática de la vía biliar intrahepática (cabezas de flecha).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [estvaqsos@yahoo.es](mailto:estvaqsos@yahoo.es) (E. Vaquero Sosa).



**Figura 3** Reconstrucción volumétrica de secuencia 3D potenciada en T2. Se identifica la dilatación del colédoco y de la vía biliar intrahepática. La vesícula biliar no está dilatada (flecha blanca). El segmento distal del conducto de Wirsung muestra un calibre normal (cabezas de flecha). Existe un drenaje biliar aberrante del segmento 5 del hígado (asterisco), que desemboca directamente en el colédoco dilatado en lugar de en el conducto hepático derecho.

síntomas similares a los de la atresia de vía biliar. En niños mayores la clínica es más inespecífica (epigastralgia, náuseas y vómitos), siendo poco frecuente la tríada clásica de dolor abdominal, ictericia y masa palpable. Inicialmente, se detecta con ecografía (a veces prenatal), determinándose el tipo de afectación mediante colangio-RM<sup>2</sup>; existen 5 tipos, siendo los más frecuente el I (dilatación fusiforme del colédoco) y el IV (dilataciones intra y extrahepáticas), que constituyen el 80-85% del total. Un diagnóstico precoz seguido de un manejo quirúrgico adecuado (exéresis y hepaticoyeyunostomía) evita el desarrollo de complicaciones como colangitis, peritonitis por rotura espontánea, colangiocarcinoma o fibrosis hepática<sup>3</sup>.

### Bibliografía

1. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst, analysis of 1433 patients in Japanese literature. *Am J Surg.* 1980;140:653-7.
2. Metreweli C, So NM, Chu WC, Lam WW. Magnetic resonance cholangiography in children. *Br J Radiol.* 2004;77:1059-64.
3. She WH, Chung HY, Lan LC, Wong KK, Saing H, Tam PK. Management of choledochal cyst: 30 years of experience and results in a single center. *J Pediatr Surg.* 2009;44:2307-11.