

Presentación de Caso Clínico

Servicio de Cirugía H.M.A.L.L
Sector H.P.B

Antecedentes

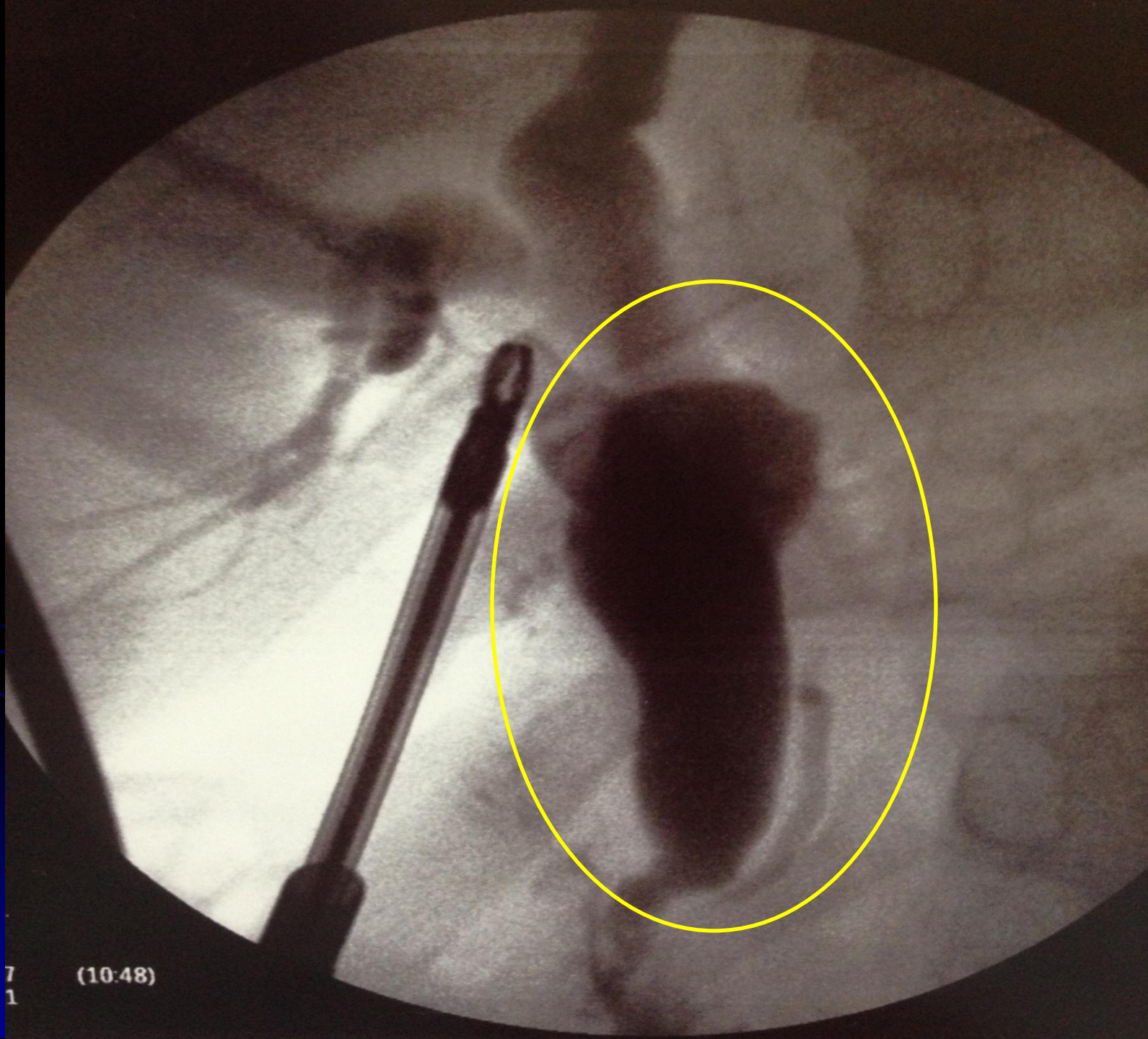
- Paciente de 15 años sin antecedentes de relevancia.
- Se interna en el 2011 para cirugía electiva por LVS de un año de evolución.
- Niega signos canaliculares.

Estudios Complementarios

- Eco: Vesícula de paredes finas, con múltiples litos. Sin dilatación de la vía biliar.
- Laboratorio: TGO 69, TGP150, FAL 126. BILT 1, BILD 0,4.

Colecistectomía + Instrumentación de la VB

- Colecistitis crónica
- CIO: VB completa, **dilatada**, s/fuga, **con imagen negativa** próxima a la papila y buen pasaje a duodeno.
- Se progresa canastilla sin extraer litos.
- CIO control: no se observan imágenes negativas.



7
1

(10:48)

ESTADO ACTUAL

- Comienza hace 4 meses con dolor cólico en hipogastrio, sin signos canaliculares.
- Laboratorio normal.
- Cirugia pediatrica deriva a la paciente al servicio de cirugia general.

- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO????

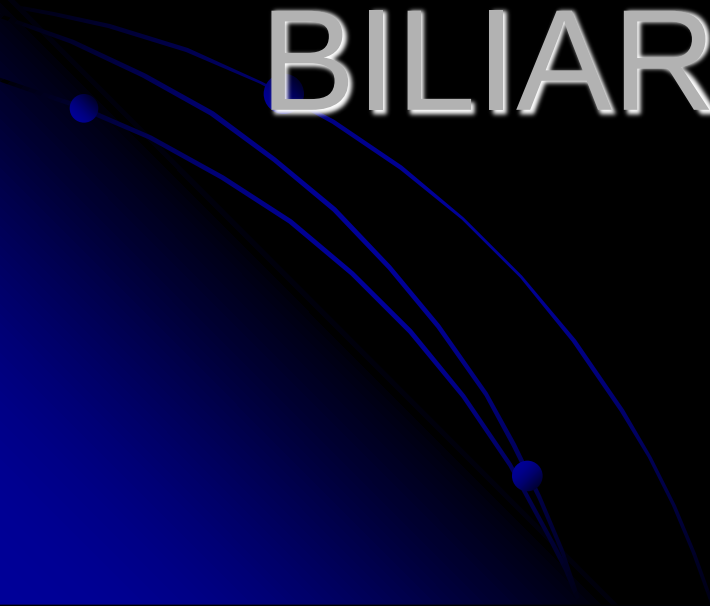
- QUE ESTUDIOS SOLICITARIA???



¿COMO
SEGUIMOS?



DILATACIONES QUISTICAS DE LA VIA BILIAR DEL ADULTO



INTRODUCCION

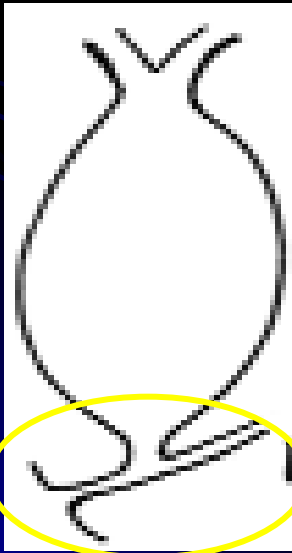
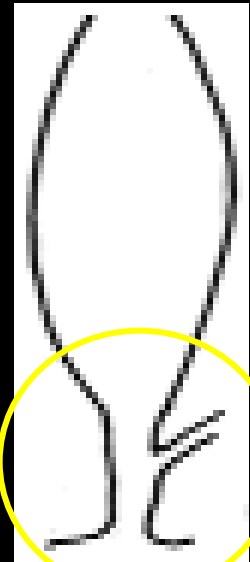
- Dilatación congénita de la vía biliar intra y extrahepática.
- COMPLICACIONES:
 - Litiasis intra y extrahepática.
 - Pancreatitis recurrente
 - Colangítis ascendente
 - Degeneración neoplásica.
 - Cirrosis biliar secundaria.

INCIDENCIA

- 75% se diagnostican en la infancia
- 20% de la patología biliar en la infancia.
- Mayor prevalencia en mujeres 4 / 1.
- Gran diferencia geográfica
 - Occidente 1 / 100.000
 - Australia 1 / 15.000
 - Asia 1 / 1.000

PATOGENIA

- Teoria del “canal común” Babbitt 1969
 - Tipo I: Wirsung – Coledoco.

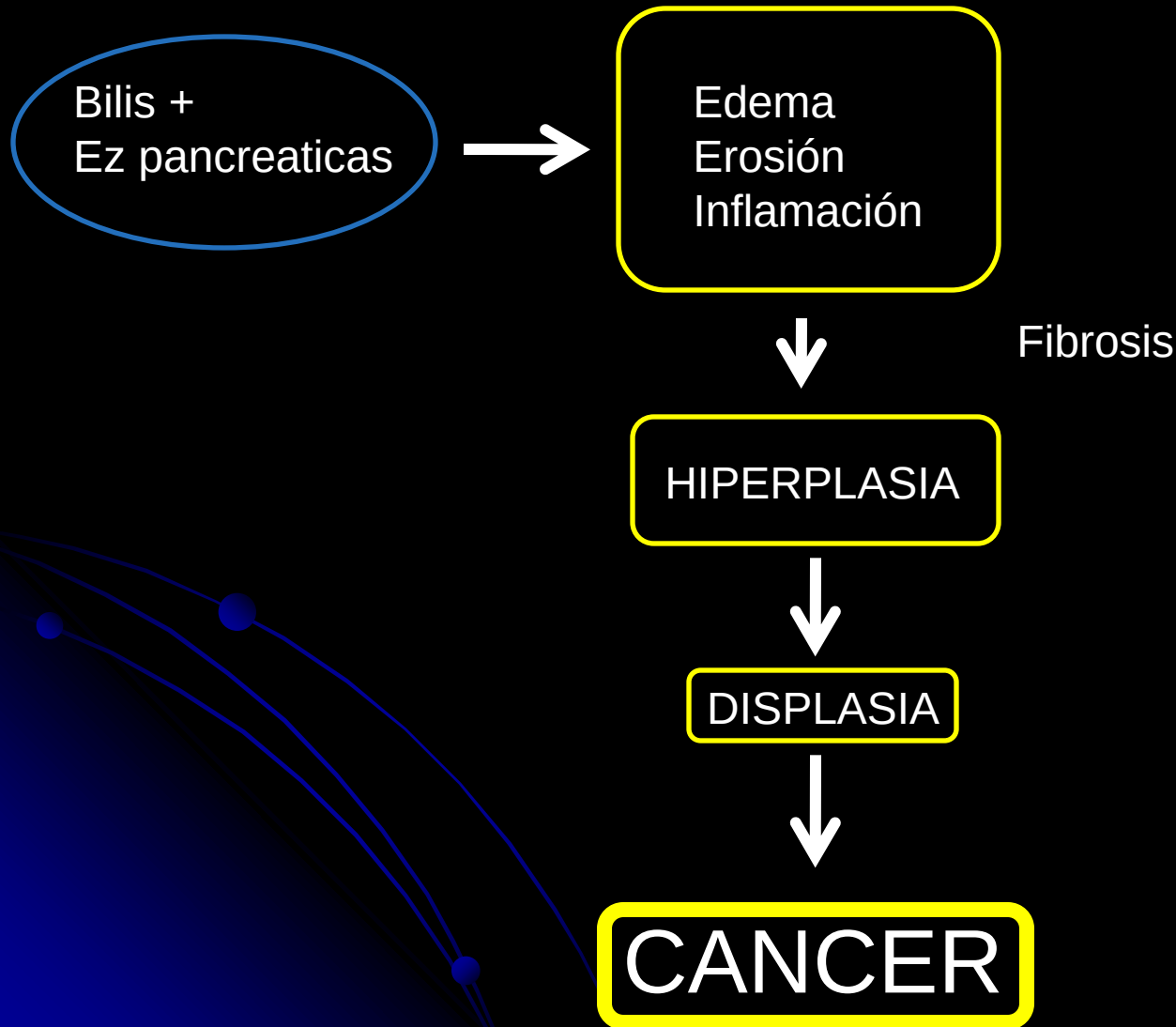


- Tipo II: Coledoco – Wirsung.

CLASIFICACIÓN

- 1723 Vater
- 1959 Alonso – Lej, cols. (3 tipos)
- **1977 Todani (5 tipos)**
- 1985 Lilly (canal común sin dilatación)
- 2005 Kaneyama (Dilatación del cístico)
- 2006 Visser (Según el tratamiento)

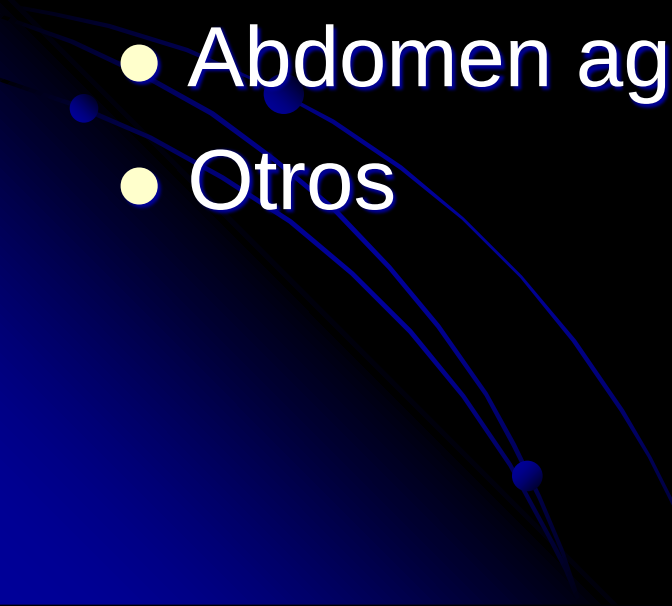
CARCINOGENESIS



CARCINOGENESIS

- Riesgo 10-15% durante la primer década.
- Aumenta con edad
- Adenocarcinoma 73-84%
- Tipos I: 68%;
II: 5%;
III: 1,6%;
IV: 21%
V: 6%

PRESENTACION

- Dolor abdominal 50 %
 - Ictericia 30 %
 - Masa palpable 10 %
 - Fiebre 10 %
 - Abdomen agudo 10 %
 - Otros 10 %
- 

DIAGNOSTICO

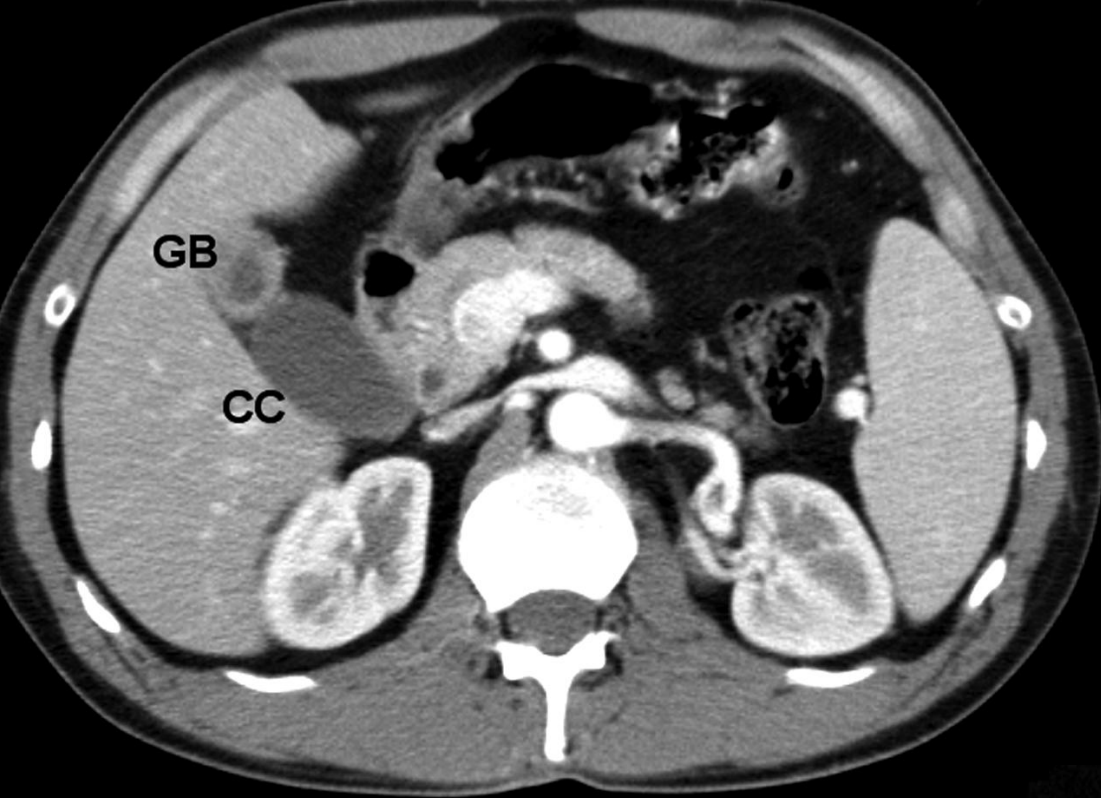
- ECO: 71-97%
- **CRMN: Gold Standard 90-100%**
- TC: 90%
- CPRE: 87,5%
- HIDA scan: 99%.

DIAGNOSTICO

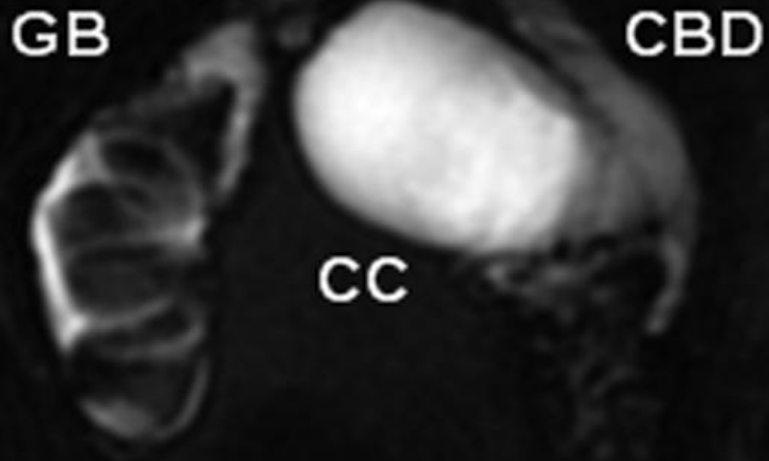
- Tipo IVa y Tipo V: TC para planear tratamiento
- Tipo III: CPRE diferencia diverticulo duodenal y permite tratamiento.



TC: Se
observa
dilatación del
coledoco



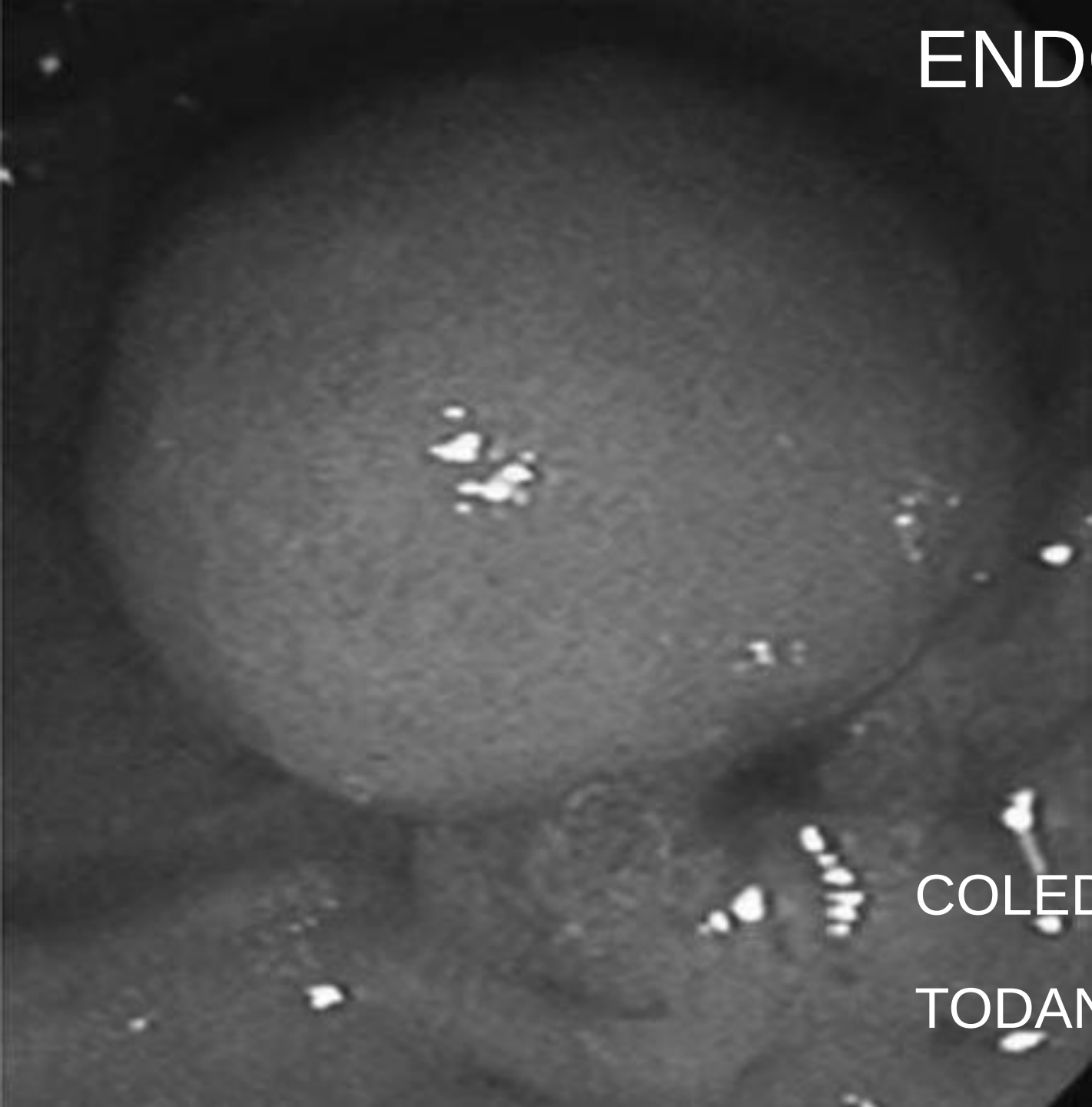
COLANGIORESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR





C.P.R.E

TODANI I-B

An endoscopic view of the biliary system showing a large, rounded, and dilated common bile duct (choledochocoele) with a Type III configuration. The mucosal surface of the dilated duct appears granular and is punctuated by several small, bright, whitish spots, likely representing biliary sludge or debris. The surrounding mucosal folds are visible, and the overall lighting is dim, typical of endoscopic procedures.

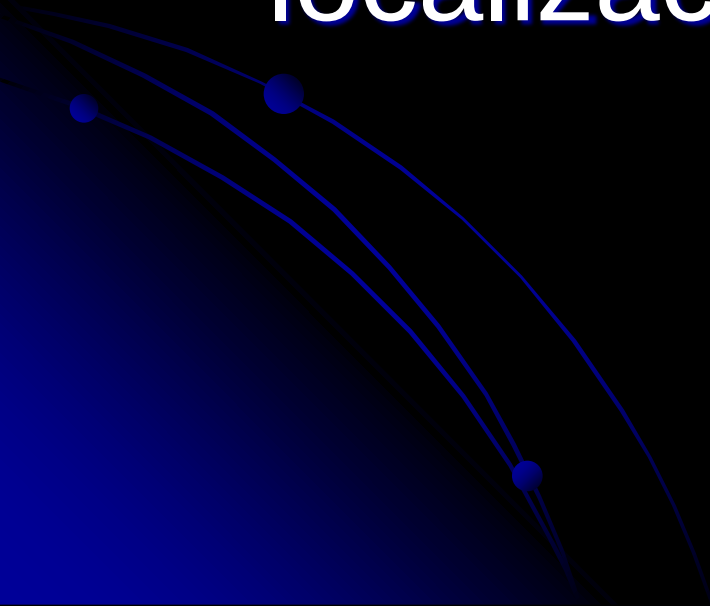
ENDOSCOPIA

COLEDOCOCELE

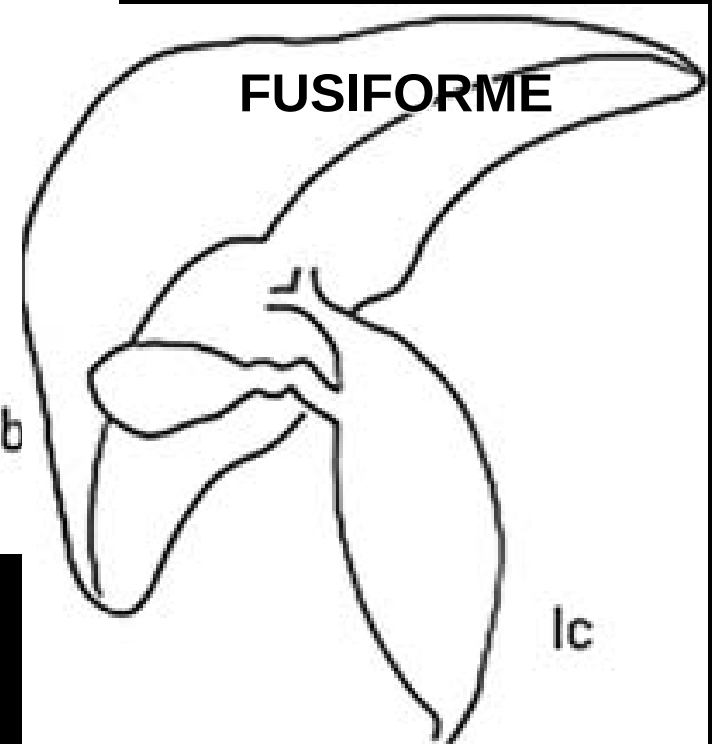
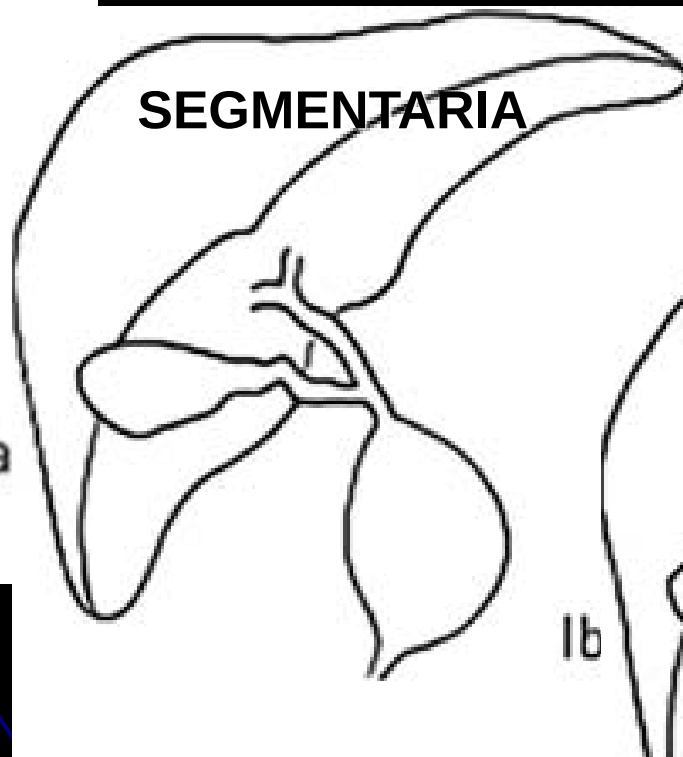
TODANI TIPO III

TRATAMIENTO

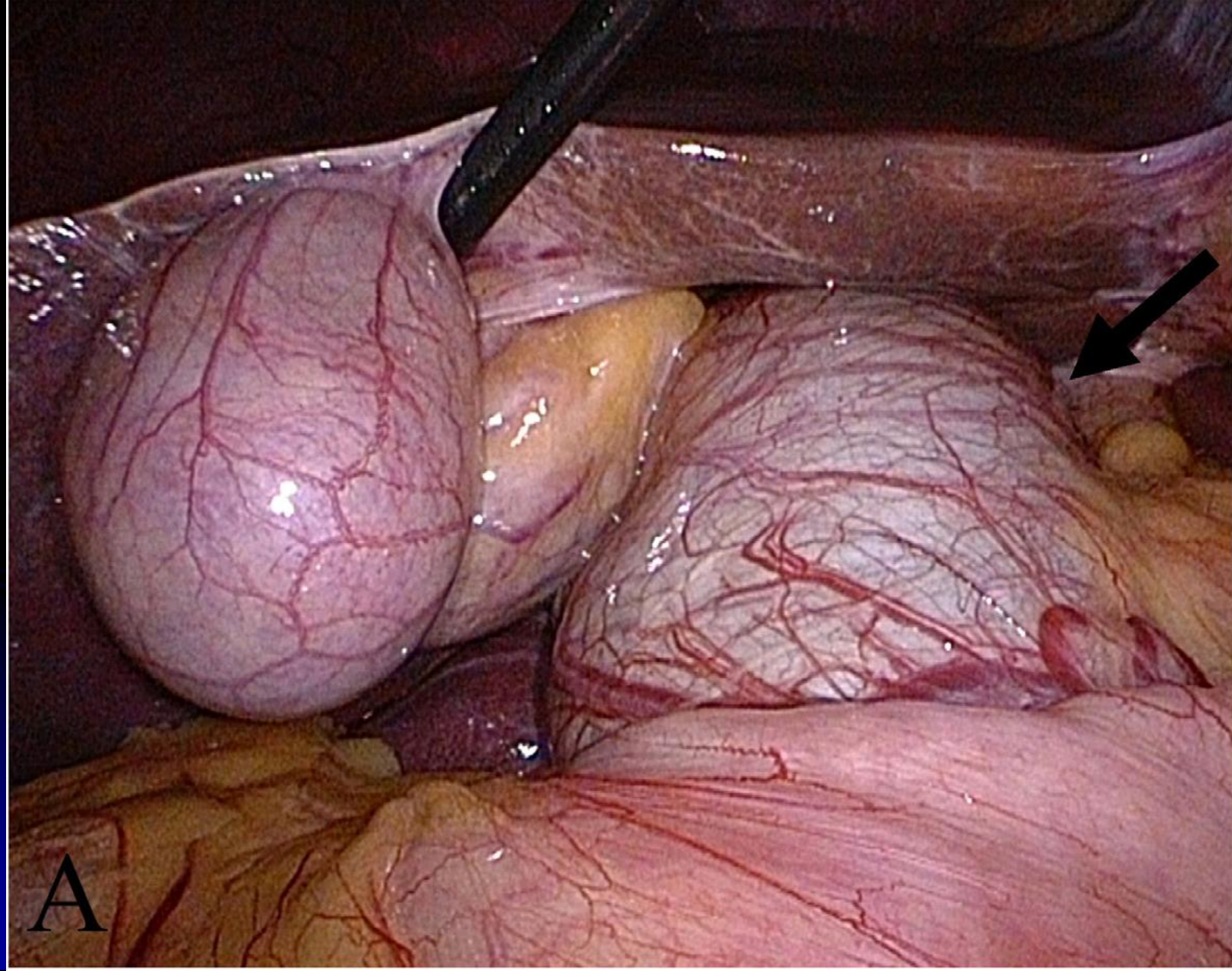
Depende del tipo y la
localización de la dilatación.



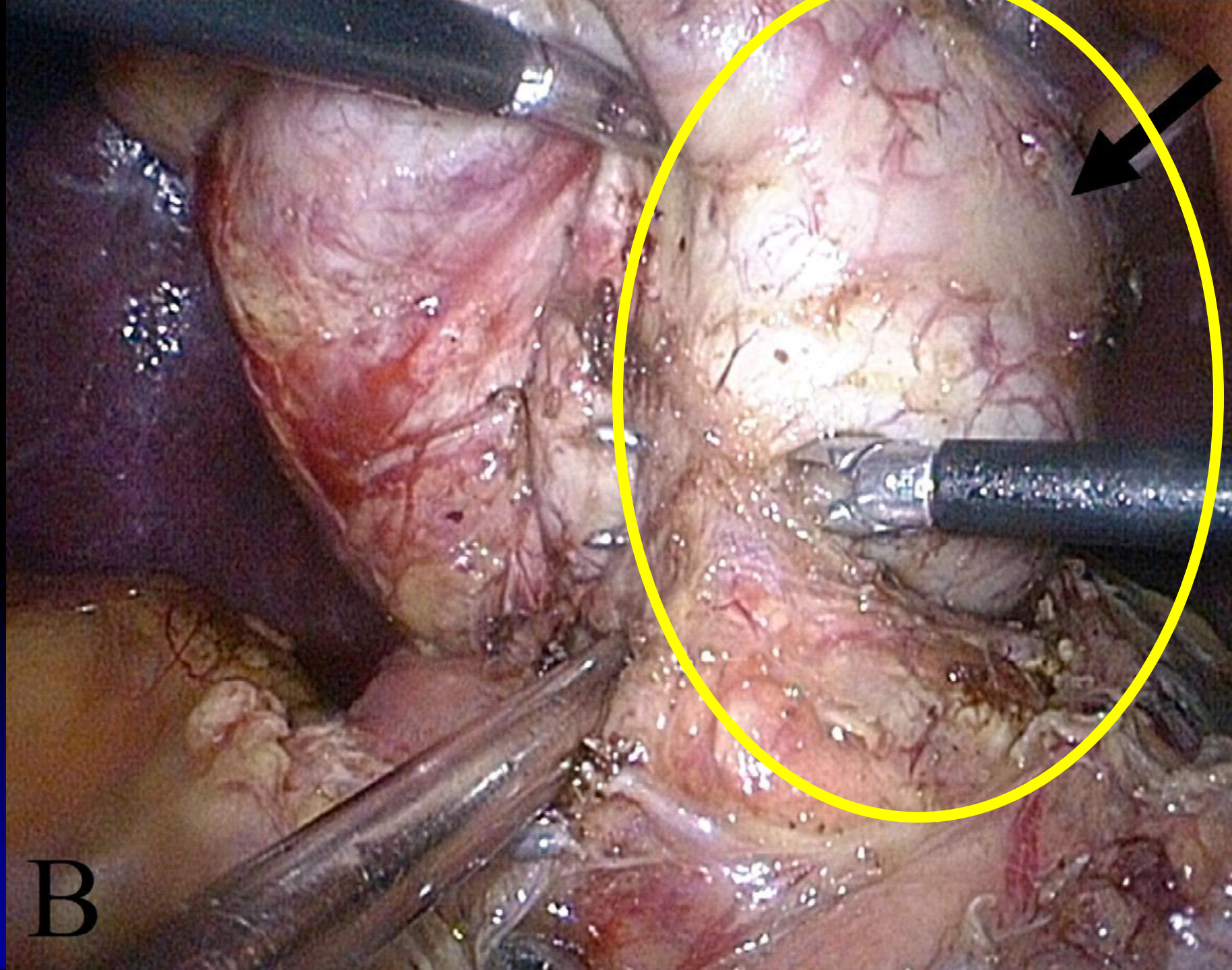
TODANI TIPO I



Variedad más frecuente
75 – 80%



A

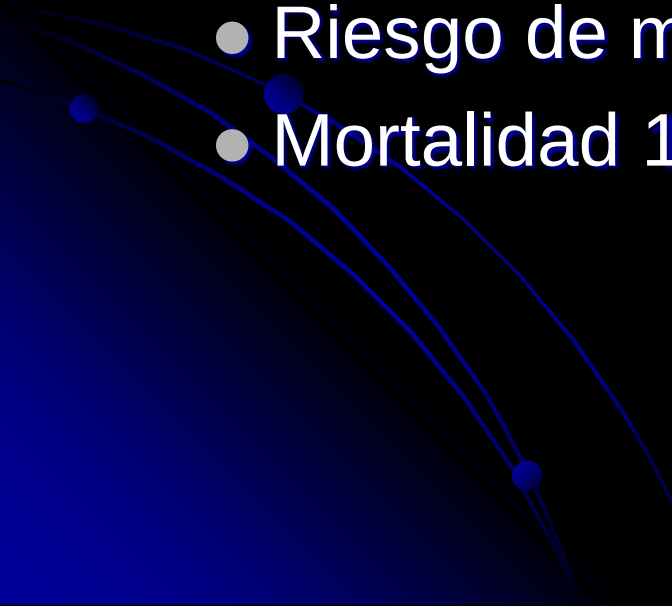


B

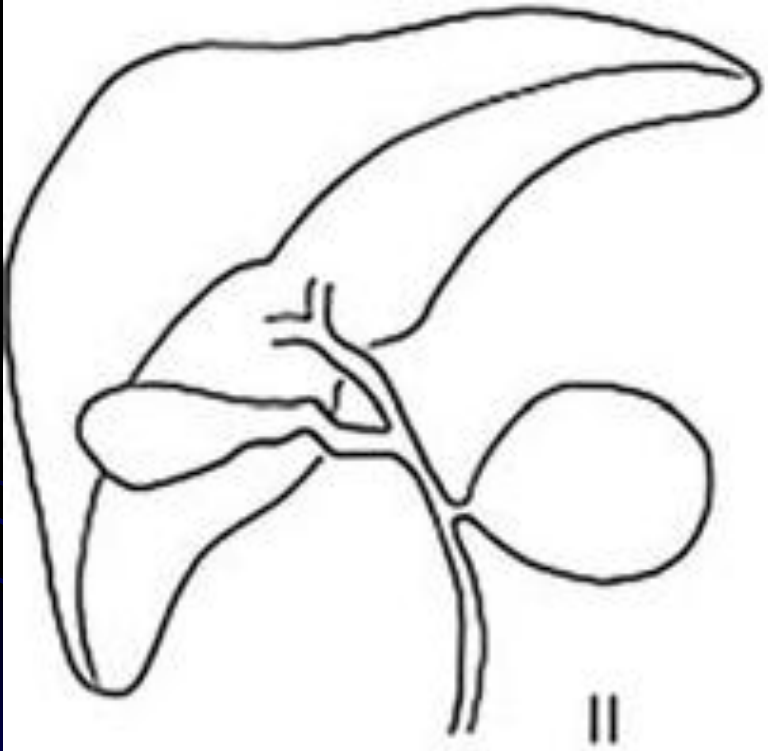
TODANI TIPO I

- Quistectomía + hepatico-yeyuno anastomosis en Y de Roux
 - Éxito 92%
 - Morbilidad 7%
 - Riesgo de malignización < 1%
- Quistectomia + coledocoduodeno anastomosis
 - Éxito 90%
 - Morbilidad 42%
 - Riesgo de malignización 6%

TODANI TIPO I

- Quisto entero anastomosis
 - Éxito 30%
 - Riesgo de malignización 30%
 - Mortalidad 11%
- 

TODANI TIPO II

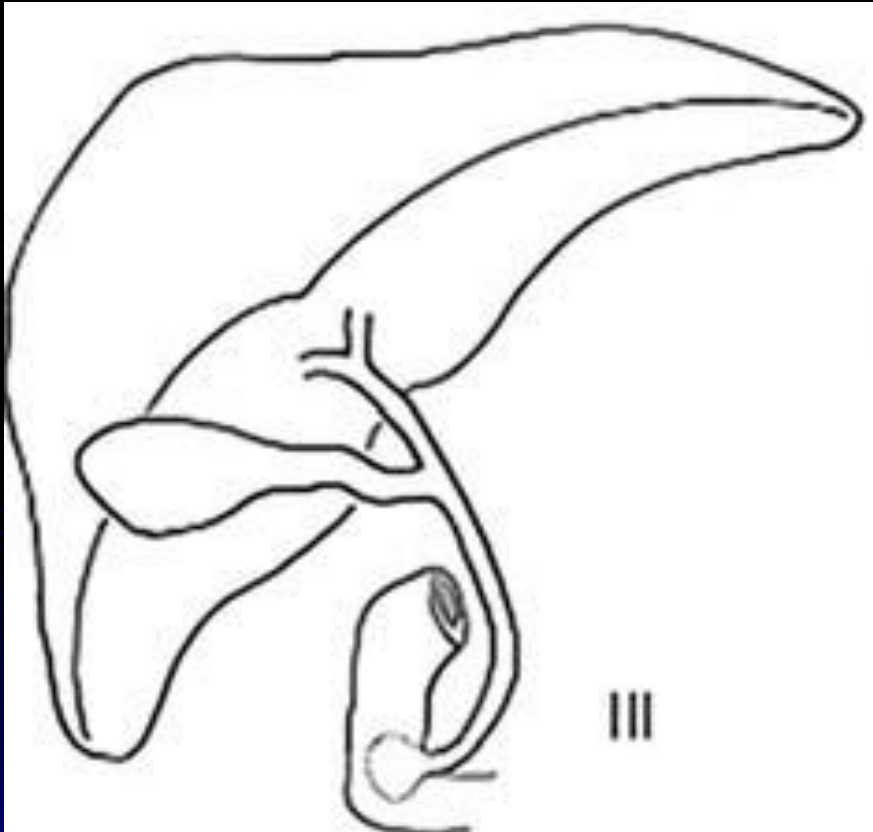


- Diverticulo de la vía extrahepática.
- 0.4 – 1.4%

TODANI TIPO II

- Resección simple del quiste.
 - Cierre primario o sobre Kehr.
 - Riesgo de malignización < 0.4 %
- 

TODANI TIPO III



- COLEDOCOCELE**

- 1.5%**

TODANI TIPO III

- Esfinterotomía endoscópica - de elección en quistes pequeños.
 - Éxito 95%
 - Morbilidad 3%
- Quistectomía abierta – de elección en obstrucción intestinal.
 - Éxito 99%
 - Morbilidad 28%
- Riesgo de malignización 0.3%

TODANI Tipo IV



- Segunda variedad en frecuencia

- 15%



TODANI TIPO IV - B

- Mismo tratamiento que en TODANI Tipo I.

Quistectomia + hepatico-yeyuno
anastomosis en Y de Roux.

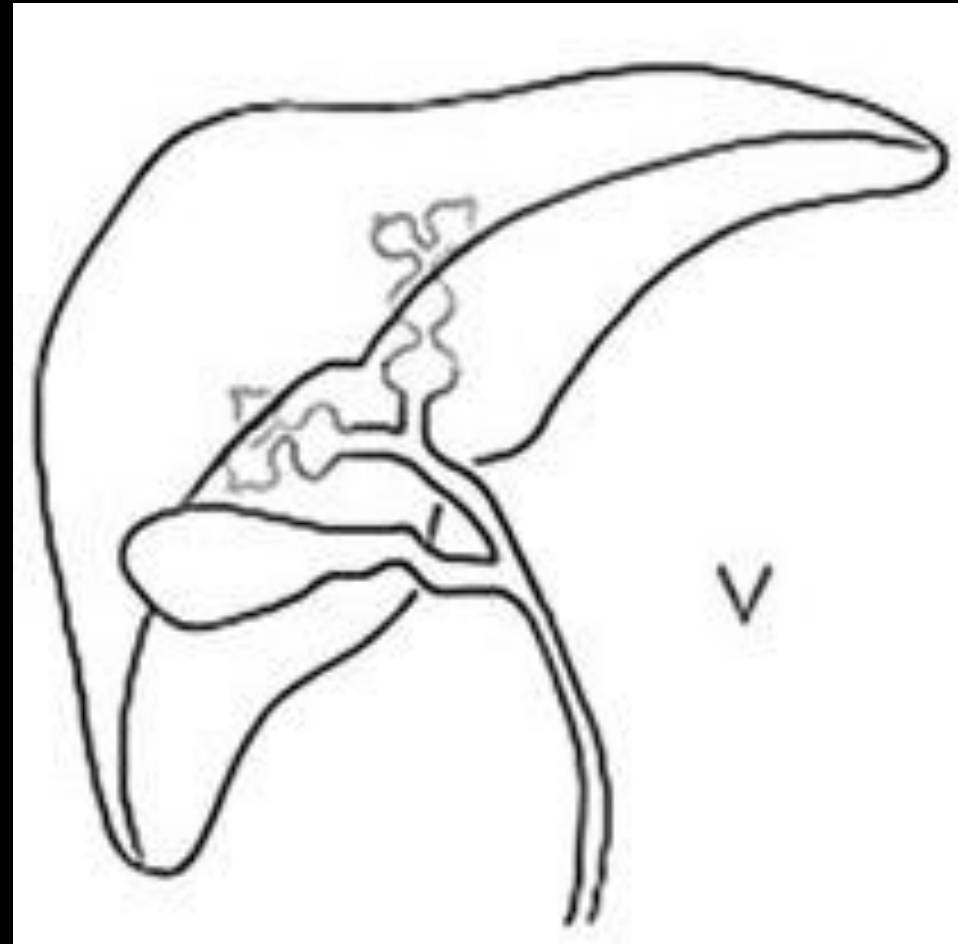
TODANI Tipo IV - A

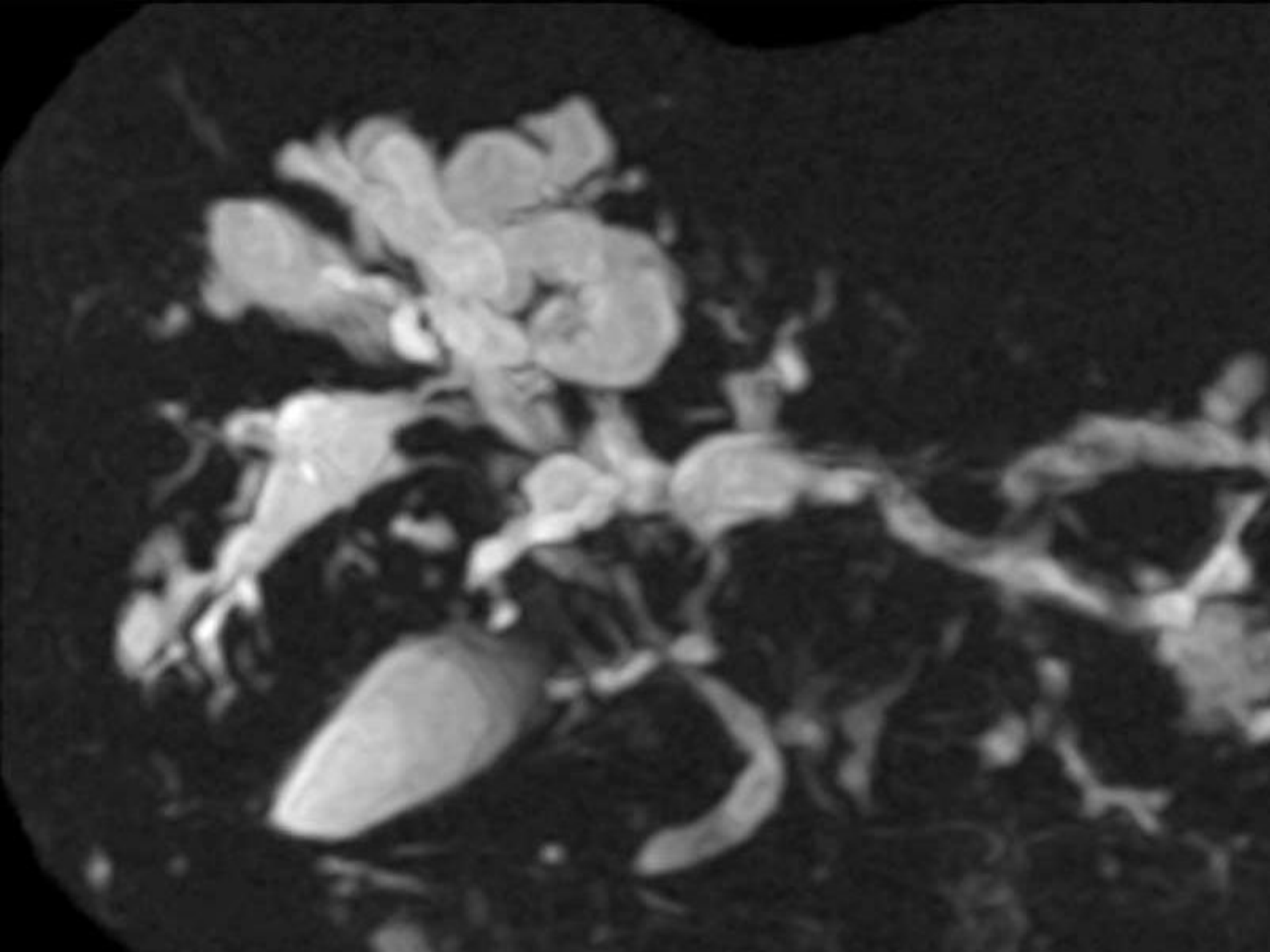
- 1º) Quistectomy + derivación bilio-degestiva
- 2º) Con enfermedad intrahepatica localizada: LOBECTOMIA.
- 3º) Con enfermedad intrahepatica difusa: igual tratamiento que TODANI Tipo V

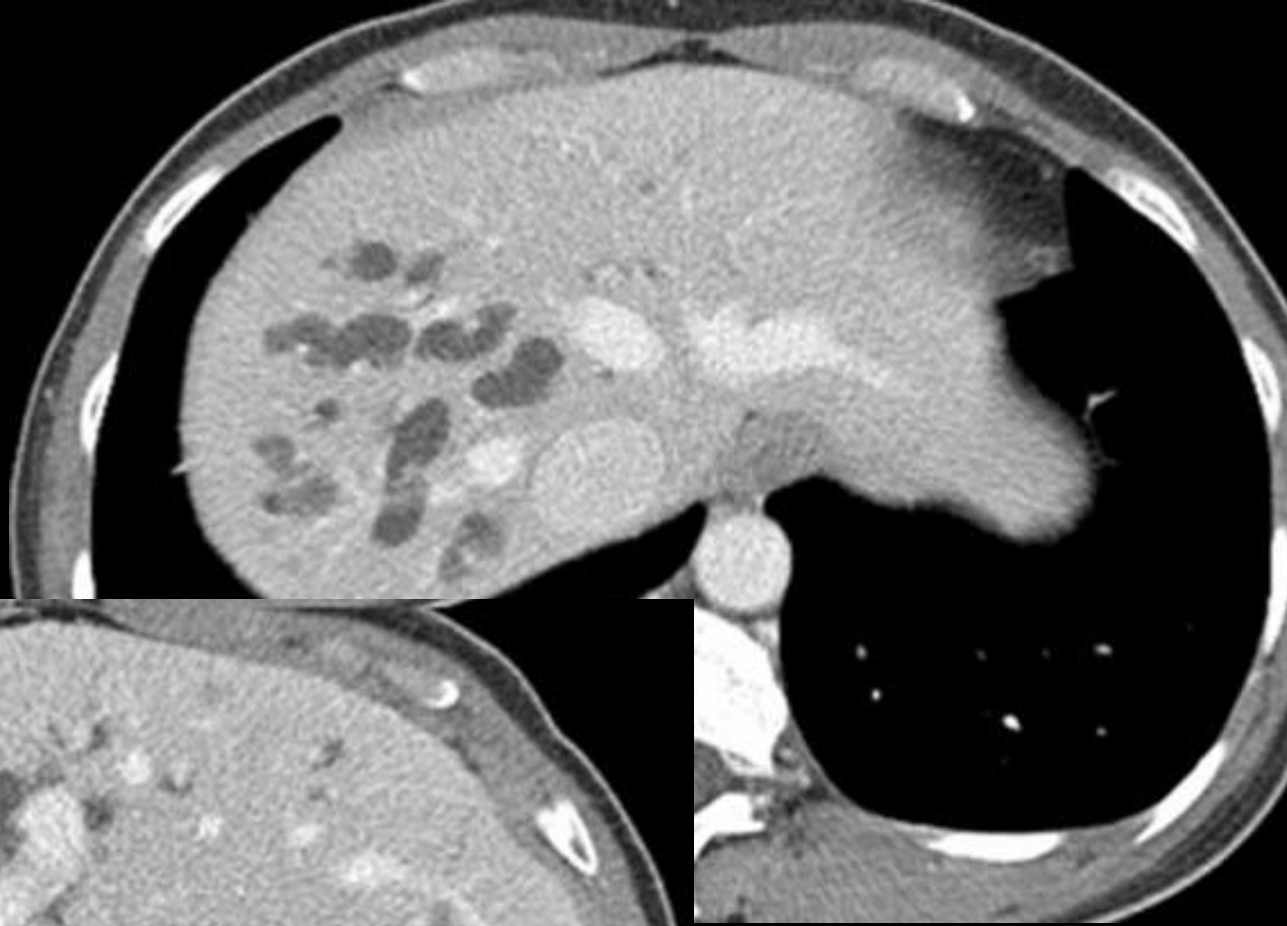
Enfermedad de Caroli

TODANI TIPO V

- Compromete unicamente la vía biliar intrahepática.
- Frecuencia del 5 – 8%
- 80% bilateral
- Unilaterales 90% lóbulo izquierdo.







ENFERMEDAD DE Caroli

- Enfermedad unilateral: hepatectomía o seccionectomía.
- Tratamiento contemporizador:
 - Ác Ursodesoxicólico + esfinterotomía.
 - Efectividad 45%
 - Tratamiento percutáneo y endoscópico
 - Efectividad 50% Morbilidad 25%
- El tratamiento definitivo es el trasplante hepático

FIN

