

# Duplicación del colédoco

## Reporte de caso y revisión de la literatura

### Duplication common bile duct Case report and review

John Ospina Nieto, MD, MSCC, MSCG, MSCED, MSCH, MSCCP.

#### RESUMEN

*Las variaciones anatómicas de la vía biliar son tan comunes que pueden considerarse más bien como normales y no como malformaciones congénitas, sin embargo, dentro de éstas existen subtipos bastante raros como la duplicación del colédoco, el colédoco accesorio y la posición aberrante del colédoco.*

*En este artículo se presenta el caso clínico de una paciente de 27 años quien había presentado múltiples episodios de cólico biliar, el último de ellos asociado a ictericia y a quien durante la CPRE se le documentó esta variación anatómica bastante infrecuente. Se presenta además una revisión de la literatura acerca de esta anomalía.*

#### Palabras clave

*Doble colédoco, variación anatómica, CPRE.*

#### ABSTRACT

*The anatomical variations of the biliary duct are so common that they can be considered to be rather like normal and not as congenital malformations, nevertheless inside these rare enough subtypes exist as the duplication of the choledoch.*

*In this article the clinical case appears of patient of 27 years who had presented multiple episodes of biliary colic the last one of them associated with jaundice and to whom during the ERCP document this anatomical infrequent enough variation. A review of the literature appears besides brings over of this anomaly.*

#### Key words

*Double common bile duct, Anatomic variation, ERCP.*

#### INTRODUCCIÓN

El hígado, la vesícula biliar y las vías biliares tienen su origen en un divertículo procedente de la porción caudal del intestino anterior. Este divertículo hepático que aparece alrededor de la 4ª semana se divide en una porción hepática y otra cística. Cuando existe alguna alteración en la proliferación y migración embriológica ocurren las anomalías biliares congénitas (1, 2).

El término colédoco doble implica una duplicación del mismo en la que existen dos sistemas biliares extrahepáticos independientes (3, 4). Ésta es una rara anomalía congénita que se asocia a drenajes anormales, y papilas accesorias que generalmente desembocan en otros órganos del tracto gastrointestinal como estómago o páncreas y que generalmente se encuentra asociada a litiasis, quistes del colédoco, uniones pancreático-biliares aberrantes e ictericia recurrente (4), aunque recientemente han aumen-

Cirujano gastrointestinal y endoscopista digestivo. Coordinador Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Cardiovascular del niño

en Cundinamarca (Soacha) - Dispensario Central del Ejército. Bogotá, Colombia. Mail: Johnosni@yahoo.com

Fecha recibido: 29-01-08/ Fecha aceptado: 12-08-08

tado en la literatura los casos reportados de esta alteración; una revisión sistemática evidenció 23 casos publicados hasta 1987 (5). La importancia práctica del diagnóstico de este tipo de alteraciones anatómicas se encuentra en las implicaciones quirúrgicas de procedimientos de la zona hepatobiliar y en la disminución del riesgo de complicaciones inherentes a dichas intervenciones.

En el presente artículo se comenta el caso clínico de una paciente de 27 años a quien durante la CPRE se le documentó dicha variación anatómica. Además se realiza una revisión de la literatura relacionada, la cual, dada la infrecuencia de hallazgos es muy breve.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 27 años de edad procedente del área rural de Cundinamarca quien refería cuadro clínico de 1 año de evolución de dolor abdominal recurrente en hipocondrio derecho asociado a vómito, y quien en varias oportunidades había consultado al servicio de urgencias de su población.

Con el diagnóstico de cólico biliar recibió antiespasmódicos en varias oportunidades. En diciembre de 2007 presenta nuevo episodio de dolor el cual fue asociado a fiebre, escalofrío e ictericia por lo cual le realizaron paraclínicos y la remitieron al Hospital Cardiovascular del niño de Cundinamarca donde ingresó en aceptables condiciones generales, afebril, con ligero tinte icterico en escleras y dolor a palpación de hipocondrio derecho, signo de Murphy (+); los paraclínicos evidenciaban ligera leucocitosis: 13.600, elevación de las bilirrubinas: Bb. Total: 4,2, Bb Directa 2,9 y la fosfatasa alcalina 365 y una ecografía hepatobiliar donde se reportaban colelitiasis y dilatación de la vía biliar sin cálculos en su interior (estudios realizados extrahospitalariamente). Con la impresión diagnóstica de colecistocolangitis y colangitis llevada a CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) preoperatoria evidenciando en el estudio endoscópico la presencia de un poro biliar en posición aberrante en la unión del bulbo y segunda porción del duodeno con leve edema local sin poder identificar una papila propiamente dicha.

Se procedió a canular dicho poro y avanzar guía para verificar posición, posteriormente se contrastó el colédoco apreciando en la imagen un doble sistema biliar común confluyente en el poro descrito y en el tercio superior donde se recomunican, sin poder identificar la vesícula biliar, y sin apreciar imágenes líticas en su interior (figura 1); el drenaje era escaso a duodeno, por lo cual se procedió a realizar papilotomía y revisión con balón obteniendo “barro biliar” y microlitos. Posterior a dicho procedimiento, se realizó ecografía donde se corroboró hallazgo descrito y se documentó colelitiasis. La paciente fue llevada a cirugía (colecistectomía abierta) sin complicaciones evolucionando satisfactoriamente.

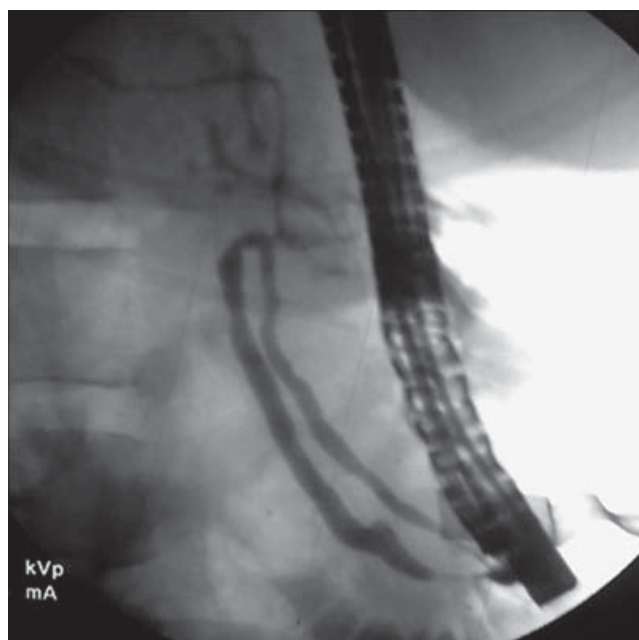


Figura 1. CPRE: Doble sistema biliar.

## DISCUSIÓN

Durante el desarrollo embrionario temprano se origina el hígado, los conductos biliares extrahepáticos, la vesícula biliar y la porción ventral del páncreas (6, 7). El divertículo original del duodeno elongado por la migración de la porción cefálica del divertículo hepático forma los conductos biliares hepáticos (derecho e izquierdo), hepático común y el colédoco, durante este proceso de desarrollo embrionario se pueden presentar anomalías o detenciones del

crecimiento que a la postre se traducirán en un listado muy grande de variaciones anatómicas de la vesícula biliar, el conducto cístico, los conductos hepáticos y que incluyen la mala ubicación y la duplicación del colédoco, la cual se piensa obedece a alteraciones entre la 5 y 7 semana de gestación donde además ocurre la recanalización coledociana (4, 7).

Estas anomalías son muy raras y se han clasificado dentro de un solo grupo, una revisión sistemática de la literatura evidenció hasta 1986 sólo 23 casos reportados en publicaciones occidentales y 47 casos presentados en la literatura oriental hasta el año 2002 (4, 5, 8); sin embargo, y a pesar de no ser comunes estas variaciones, el reconocimiento de las mismas es sumamente importante para el cirujano, que se enfrenta al área hepatobiliar con el fin de evitar complicaciones y lesiones del colédoco.

Hasta la fecha se han descrito 7 variaciones de este grupo de anomalías (7):

1. Un solo conducto que desemboca en píloro o antro
2. Un solo conducto que desemboca en el fondo gástrico
3. Un conducto que ingresa al duodeno independiente del conducto pancreático
4. Dos conductos que ingresan en el duodeno separados por 1 cm
5. Un conducto bifurcado con una rama que ingresa al duodeno y otra que ingresa al estómago
6. Un conducto bifurcado con ambas ramas ingresando en el duodeno
7. Un colédoco tabicado con dos aperturas del conducto único en el duodeno.

En el presente caso se aprecia una anomalía no descrita, similar a las variaciones 6 y 7 pero con dos conductos separados, desembocando en el duodeno al parecer sin presencia de tabique y asociado a una recomunicación en tercio superior y ausencia de papila propiamente dicha con una desembocadura en posición anormal en el duodeno.

Es de resaltar que la sola presencia de estas anomalías no produce síntomas y su importancia clínica radica realmente en poder evitar lesiones durante los procedimientos quirúrgicos (7), sin embargo, y a pesar de lo antes mencionado y de lo infrecuente de esta anomalía, se ha descrito la relación de estas variantes con neoplasias del sistema biliar (carcinoma de papila y neoplasias del conducto accesorio) y gástrico, quistes del colédoco hasta en un 10% y coledocolitiasis en más del 30% de los pacientes (4, 8).

La identificación de estas variaciones anatómicas o anomalías embriológicas generalmente es incidental y se realiza durante procedimientos diagnósticos invasivos quirúrgicos (hepatobiliares) y endoscópicos como la CPRE o en estudios imagenológicos como la colangiorresonancia de alta sensibilidad para el diagnóstico de las variantes del árbol biliar, de igual manera, la ecografía hepatobiliar de bajo costo es sensible para diagnosticar estas malformaciones, pero tiene el inconveniente de ser operador dependiente, situación observada en el presente artículo en que la paciente traía una ecografía inicial que no reportaba alteración anatómica alguna (4, 10).

Generalmente, como en nuestro caso, los pacientes no requieren un manejo diferente a una cuidadosa técnica quirúrgica, si son sometidos a colecistectomía, aunque en casos donde existe un colédoco accesorio sin presencia de neoplasias gástricas o biliares, algunos autores recomiendan la resección de este conducto para prevenir la aparición de las mismas (4, 9).

En conclusión, como se comentó anteriormente, el reconocimiento preciso preoperatorio de ésta y otras anomalías es muy importante para prevenir lesiones del árbol biliar durante los procedimientos quirúrgicos, es de resaltar que el endoscopista y el cirujano deben estar en permanente comunicación para realizar el plan operatorio de los individuos con estas variaciones. Por último, no existen hasta el momento esquemas de seguimiento para los pacientes con papilas accesorias o duplicaciones del colédoco, sin embargo, se sugiere la vigilancia periódica endoscópica ante la posibilidad de que se presente malignización de estas anomalías.

## Referencias

1. Pujadas Zoe, Rodríguez Omaira, Valero Rair, et al. Vesícula biliar doble: Reporte de un caso. *RFM* 2006; 29(2): 129-132.
2. Moore KL. Aparato digestivo. En: *Embriología clínica*. 4ª edición. México: Interamericana McGraw-Hill; 1988. p. 245-248.
3. Rothman M. Anomalías de la vesícula y de las vías biliares y de sus vasos sanguíneos. En: Bockus HL, editor. *Anomalías de la vesícula y de las vías biliares y sus vasos sanguíneos*. Gastroenterología. 2ª edición. España: Salvat editores; 1968. p. 621-629.
4. Djuranovic SP, Ugljesic MB, Mijalkovic NS, Korneti VA, Kovacevic NV, Alempijevic TM, Radulovic SV, Tomic DV, Spuran MM. Double common bile duct: A report of a case. *World J Gastroenterol* 2007; 13(27): 3770-3772.
5. Telium D. Double common bile duct. Case report and review. *Endoscopy* 1986; 18(4): 159-61.
6. Bockman DE, Freneny PC. Anatomy and anomalies of the biliary tree. *Laprosurg* 1992; 1: 92.
7. Shackelford. *Cirugía del aparato digestivo*, tomo III, Cap 11: Anatomía, embriología, anomalías y fisiología de la vesícula biliar y los conductos biliares. Ed Panamericana 2002. p. 175-190.
8. Yamashita K, Oka Y, Urakami A, Iwamoto S, Tsunoda T, Eto T. Double common bile duct: a case report and a review of the Japanese literature. *Surgery* 2002; 131: 676-681.
9. Tashiro S, Imaizumi T, Ohkawa H, Okada A, Katoh T, Kawaharada Y, Shimada H, Takamatsu H, Miyake H, Todani T. Pancreaticobiliary maljunction: retrospective and nationwide survey in Japan. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003; 10: 345-351.
10. Taourel P, Bret PM, Reinhold C, Barkun AN, Atri M. Anatomic variants of the biliary tree: diagnosis with MR cholangiopancreatography. *Radiology* 1996; 199: 521-527.