

María	Nombre:
Carrillo García	Apellido:
Alemán Díaz P, Ojados Hernández C ,Pena Fernández M.I, Alcántara Zafra MC, Veas López A.B	Otros Autores:
<a href="mailto:mcg7891@hotmail.com">mcg7891@hotmail.com</a>	E-mail:
Hospital General Universitario Reina Sofía	Hospital:
Murcia	Ciudad:
Quiste de colédoco tipo IV	Título:
Varón de 11 años que consulta en urgencias por vómitos y dolor abdominal desde hace tres días que no mejora con analgesia	Presentación:
<p>Se realiza ecografía abdominal, en la que destaca una marcada dilatación de la vía biliar extrahepática y menos evidente de la intrahepática. El colédoco se encuentra dilatado en todo su trayecto, si bien su tercio distal no es valorable. Además en su interior se identifica una leve cantidad de contenido ecogénico que podría corresponder con barro biliar. La vesícula está distendida y con la pared engrosada, se identifican imágenes sugestivas de pólipos y una leve cantidad de barro biliar .</p> <p>No se detectaron lesiones hepáticas.</p> <p>Ante los hallazgos de las pruebas de imagen y teniendo en cuenta la edad se pensó como primera posibilidad diagnóstica en un quiste de colédoco.</p> <p>Tras establecer el diagnóstico de sospecha mediante el estudio ecográfico, se decidió realizar Colangio-RM para su confirmación diagnóstica. Posteriormente el paciente fue intervenido, realizándose una hepático-yeyunostomía en Y de Roux. El informe de anatomía patológica descarta la presencia de lesiones malignas en el epitelio biliar y describe los hallazgos vesiculares como lesiones de colecistitis crónica con colesterosis.</p>	Discusión :
<p>Es la anomalía congénita más frecuente de los grandes ductos biliares. El paciente suele permanecer asintomático hasta los diez años, donde pueden aparecer complicaciones derivadas de la retención biliar como son la presencia de coledocolitiasis, la colangitis ascendente, los abscesos intrahepáticos.</p> <p>Ante una dilatación del colédoco lo primero que hay que descartar es que la dilatación no sea congénita sino obstructiva, ya sea por litiasis o una neoplasia. Sin embargo, hay que tener en cuenta este diagnóstico, ya que en ocasiones se suele retrasar debido a la ausencia de síntomas característicos. Estos retrasos en el diagnóstico y tratamiento pueden prolongarse durante años, lo que resulta en un mayor riesgo de degeneración maligna.</p>	Conclusión:
<p>1.Kim OH, Chung HJ, Choi BG. Imaging of the choledochal cyst. Radiographics. 1995.15 (1): 69-88.</p> <p>2.Lee HK, Park SJ, Yi BH et-al. Imaging features of adult choledochal cysts: a pictorial review. Korean J Radiol. 2009. 10 (1): 71-80.</p>	Bibliografía:
<p>Figura1. A) Imagen de ecografía en la que se observa una dilatación del colédoco (*). B) Engrosamiento de la pared vesicular, con pequeños nódulos hiperecogénicos sugestivos de pólipos (flecha blanca) y una leve cantidad de barro biliar. C) Imagen T2 3D FSE coronal en la que se identifica la dilatación del colédoco, hepático común y del conducto hepático derecho e izquierdo en su porción más proximal D) Imagen axial T2-</p>	Pie de foto:

TSE-SSh (HASTE) en la que se aprecia una dilatación de los conductos hepático izquierdo y derecho (flecha blanca).	
--	--