Rev Colomb Cir. 2026;41:844-51
https://doi.org/10.30944/20117582.2993

PRESENTACIÓN DE CASO

Quiste del conducto cístico: No existe un tal quiste de colédoco tipo VI. Reporte de caso

Cystic duct cyst: There is no such thing as a type VI choledochal cyst. A case report

Luis Felipe Parra-Penagos, MD[1], Valeria Quintero-Melo[2], Isabel Alejandra Melo-Sierra, MD[3,4], Andrés Pérez-Moreno, MD[3,5]

1 Programa de especialización en Cirugía General, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
2 Programa de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
3 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Rafael Henao Toro, Manizales, Colombia.
4 Sección de Cirugía Pediátrica, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
5 Sección de Cirugía Pediátrica, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia.

Resumen

Introducción. El quiste de colédoco es una dilatación congénita en cualquier parte del árbol biliar, que conlleva un mayor riesgo de formación de cálculos, colangitis, pancreatitis biliar y ruptura; además, es descrita como una patología premaligna. Desde hace 40 años se informa que la dilatación congénita que ocurre en el conducto cístico es una condición bastante rara y la propuesta general parece ser incluirla en la clasificación de quistes de colédoco de Todani como un quiste tipo VI.

Caso clínico. Se presenta el caso de una paciente de 15 años con un cuadro de diez meses de dolor abdominal postprandial, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, recurrente (3 a 4 veces por semana).

Resultado. Se hizo el diagnóstico de quiste del conducto cístico como hallazgo operatorio. Se logró un tratamiento exitoso sin tener que abordar la vía biliar común. El reporte de patología descartó malignidad en la pieza quirúrgica.

Conclusiones. El quiste del conducto cístico es una condición congénita rara, que plantea un reto diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico. Sostenemos, de acuerdo con la evidencia más reciente sobre esta condición, que no es necesario una categoría adicional en la clasificación de Todani.

Palabras clave: conductos biliares; conducto cístico; enfermedades de los conductos biliares; quiste del colédoco; dolor abdominal.

Fecha de recibido: 30/06/2025 - Fecha de aceptación: 18/07/2025 - Publicación en línea: 13/04/2026
Correspondencia: Luis Felipe Parra-Penagos, Calle 18 # 24-73, San José del Guaviare, Colombia. Teléfono: +57 3213894956.
Dirección electrónica: luisfelipe.parrapenagos@gmail.com
Citar como: Parra-Penagos LF, Quintero-Melo V, Melo-Sierra IA, Pérez-Moreno A. Quiste del conducto cístico: No existe un tal quiste de colédoco tipo VI. Reporte de caso. Rev Colomb Cir. 2026;41:844-51. https://doi.org/10.30944/20117582.2993

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. A choledochal cyst is a congenital dilation in any part of the biliary tree, which carries an increased risk of stone formation, cholangitis, biliary pancreatitis, and rupture; it is also described as a premalignant condition. For 40 years, congenital dilation of the cystic duct has been reported as a relatively rare condition, and the general consensus seems to be to include it in Todani's classification of choledochal cysts as a type VI cyst.

Clinical case. We present the case of a 15-year-old patient with a ten-month history of postprandial abdominal pain, located in the epigastrium and right hypochondrium, recurrent (3 to 4 times per week).

Results. A cystic duct cyst was diagnosed as an incidental finding during surgery. Successful treatment was achieved without access to the common bile duct. The pathology report ruled out malignancy in the surgical specimen.

Conclusions. Cystic duct cysts are a rare congenital condition that presents a diagnostic challenge. Treatment is surgical. Based on the most recent evidence regarding this condition, we maintain that an additional category in the Todani classification is unnecessary.

Keywords: bile ducts; cystic duct; bile duct diseases; choledochal cyst; abdominal pain.

Introducción

Un quiste de colédoco es una dilatación congénita en cualquier parte del árbol biliar [1]. La morfología de esta dilatación puede ser fusiforme, diverticular o una combinación de las anteriores [2]. Esta malformación es más frecuente en la población pediátrica y se estima que hasta el 80 % de los casos se presenta en menores de 10 años [3]. La incidencia es mayor en países asiáticos, en donde se reporta un caso por cada 1000 nacidos vivos, en comparación a países occidentales en donde se informa un caso por cada 150.000 nacidos vivos [4]. La proporción entre mujeres y hombres es de 4:1 [1].

La causa exacta de la dilatación es desconocida, sin embargo, se han propuesto varias hipótesis para su desarrollo [5]. Una posible causa sugiere que la unión de los conductos pancreático y biliar previa a la ampolla de Vater lleva a que las enzimas pancreáticas regurgiten al conducto biliar común, lo que provoca inflamación y estenosis, y junto a la mayor presión del conducto pancreático, termina por producirse dilatación biliar [6]; esta hipótesis se refuerza por el hecho de que el líquido aspirado de los quistes es rico en lipasa [3]. Otra hipótesis planteada es la aganglionosis segmentaria de la vía biliar, similar a lo que se observa en la enfermedad de Hirschsprung [7].

Clínicamente se ha descrito una triada caracterizada por dolor abdominal, ictericia y masa en el cuadrante superior derecho [8]. Sin embargo, esta se presenta en menos del 20 % de los casos informados y es más probable que suceda en niños [3]. Es más frecuente el dolor abdominal superior vago, como única o principal queja de consulta [9,10]. Otra forma de presentación clínica atípica es la aparición de complicaciones del quiste biliar, entre otras, colangitis, pancreatitis, cirrosis biliar, peritonitis biliar por ruptura espontánea de los quistes y formación de cálculos biliares [2,8,10,11].

El diagnóstico de esta malformación se establece por imágenes diagnósticas [12]. La ecografía prenatal permite identificar quistes desde un cm de diámetro, de manera temprana en la semana 18 a 20 de gestación [2]. De hecho, la ecografía de abdomen total es la modalidad de imagen inicial en la mayoría de los reportes de caso de esta entidad, tanto en adultos como en niños, y sugiere el diagnóstico correcto casi siempre [9]. La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) es útil para evaluar la anatomía del árbol biliar, caracterizar mejor las lesiones quísticas sugeridas en las ecografías y ayuda en la planificación preoperatoria, lo que la convierte en la imagen de elección [13].

Existen reportes de casos en los que se empleó la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Esta es útil cuando la dilatación se

asocia a obstrucción biliar [14], sin embargo, se han descrito casos de pancreatitis aguda y perforación duodenal en un intento por establecer el diagnóstico de quiste biliar [10], por lo que no se debe emplear solo con fines diagnósticos. La gammagrafía con ácido iminodiacético hepatoespecífico (HIDA) también ha sido empleada como herramienta diagnóstica, aunque con menor frecuencia.

El primer esfuerzo por clasificar los quistes de colédoco lo realizaron Alonso-Lej F, et al. [15], en 1959, quienes propusieron tres tipos de dilatación biliar. Más tarde, Todani T, et al. [16], en 1977 complementaron esa clasificación al incluir dos categorías más, los quistes múltiples en el árbol biliar y los quistes de la vía biliar intrahépatica o enfermedad de Caroli. Desde 1983, Bode & Aust [17] informaron una dilatación aislada del conducto cístico, que no se incluyó en la clasificación de Todani, y en 1991 Serena-Serradel AF, et al. [18], lo denominaron "quiste biliar tipo VI", planteando así una nueva categoría a la clasificación tradicional de Todani.

Se ha comprobado que los quistes biliares son una afección premaligna, con un riesgo de degeneración a malignidad de hasta el 11 % de los casos, siendo los quistes tipo I y tipo IV los que mayor riesgo confieren de transformación maligna [19].

Debido a los riesgos inherentes de los quistes biliares, el tratamiento es la resección quirúrgica [5,8]. En el pasado se trataron únicamente con drenaje del quiste biliar de tipo cisto-enterostomia [13], sin embargo, esto confería un mayor riesgo de colangitis y hasta cuatro veces mayor riesgo de desarrollar una neoplasia maligna, al compararlos con aquellos que se sometieron a una resección completa del quiste biliar [19], por lo cual se abandonó la conducta de drenarlos.

En general, la cirugía tiene como principio escindir por completo el quiste, resecar la vía biliar comprometida por el quiste y reconstruirla mediante hepático-yeyunostomía en Y de Roux [1]. No obstante, la técnica a emplear debe tener en cuenta el segmento de la vía biliar comprometido, de tal manera, que la hepático-yeyunostomía en Y de Roux sería útil en los quistes de coledoco tipo I; la derivación bilioentérica se debe complementar con resección del segmento hepático afectado en los quistes de colédoco tipo IV; la esfinterotomía endoscópica puede tratar los quistes de colédoco tipo III; la hepatectomía parcial o incluso el trasplante hepático sería la indicación quirúrgica en el tratamiento de la enfermedad de Caroli. En los quistes del conducto cístico que cuenten con un segmento cístico distal de características normales o con un cuello de drenaje a la vía biliar principal estrecho, la colecistectomía con extirpación del quiste y el conducto cístico es suficiente desde el punto de vista oncológico [20].

Caso clínico

Paciente adolescente de 15 años, con historia de diez meses de dolor abdominal postprandial, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, recurrente (3 a 4 veces por semana), quien había consultado al hospital local donde le solicitaron una ecografía de abdomen total que describió una imagen de aspecto quístico, anecoico, de 26 mm de diámetro, anexo a la vesícula biliar, que podía corresponder a un quiste de colédoco. Ante el hallazgo remitieron a un hospital de mayor complejidad para valoración por cirugía pediátrica, donde una nueva ecografía de abdomen total fue reportada como normal, por lo que dieron de alta con manejo médico, con mejoría ostensible del dolor abdominal.

Ocho meses después, por un cuadro de dolor abdominal intenso fue llevada a laparoscopia exploratoria e informaron alteración en la vía biliar, sin especificar el hallazgo, y remitieron para manejo integral por cirugía pediátrica. Al ingreso al Hospital Infantil Rafael Henao Toro, en Manizales, Colombia, los signos vitales eran normales, el dolor abdominal estaba modulado por analgesia posoperatoria y los laboratorios informaron un perfil biliar normal (fosfatasa alcalina: 190 U/L; albúmina: 4 g/dL; aspartato aminotransferasa: 11 U/L; alanina aminotrasferasa: 4 U/L; bilirrubina total: 0,6 mg/dL; bilirrubina directa: 0,2 mg/dL), cuadro hemático sin alteraciones (leucocitos: 10.500/μL; hemoglobina: 13,3 g/dL; hematocrito 38,4 %; recuento de plaquetas:

210.000/μL) y proteína C reactiva en rango de normalidad (0,98 mg/L).

Con el fin de caracterizar el hallazgo inespecífico en la vía biliar extrahepática informado en la laparoscopia, se realizó CPRM, y se observó una formación sacular de 28 mm adyacente al colédoco suprapancreático, de paredes finas, sin septos ni vegetaciones; la vesícula biliar de paredes, dimensiones y contenido normales, en localización inmediatamente lateral a la saculación descrita; la vía biliar intrahepática y el conducto pancreático sin dilatación; hallazgos compatibles con quiste de colédoco tipo II de Todani (Figura 1).

La paciente fue llevada a cirugía por Cirugía pediátrica y se identificó un quiste fusiforme del conducto cístico, de 3 cm de longitud x 2,5 cm de diámetro, sin cálculos en su interior, que se conectaba a la vía biliar por una estructura tubular delgada (Figura 2). Como la unión del quiste era estrecha, se decidió no realizar la derivación bilioentérica y en su lugar se pinzó la estructura tubular que conectaba al quiste con la vía biliar, se ligó con sutura de Vicryl y se cortó con tijera. Se envió a patología un espécimen quirúrgico compuesto por vesícula biliar y quiste del conducto cístico.

El posoperatorio transcurrió sin complicaciones y fue dada de alta al segundo día. El resultado de patología informó mucosa aplanada, esfacelada y pared fibrosa con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, que correspondía a un proceso inflamatorio crónico de la vesícula biliar y del quiste del conducto cístico, sin malignidad. El seguimiento ambulatorio a los seis meses dio cuenta de una paciente sin nuevos episodios de dolor abdominal. Considerando que los quistes

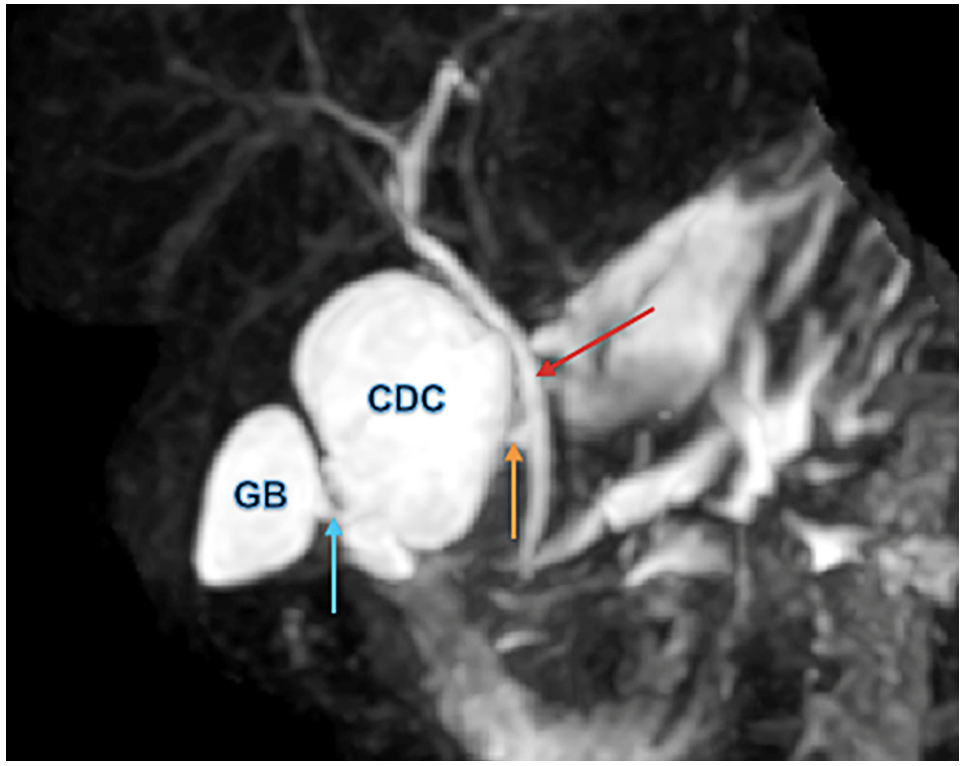


Figura 1. Reconstrucción 3D de la colangiopancreatografía por resonancia magnética, que muestra la vesícula biliar (GB) y el quiste del conducto cístico (CDC). La flecha roja señala el conducto biliar común, la flecha azul el conducto cístico y la flecha naranja la abertura estrecha entre el quiste del conducto cístico y el conducto biliar común.

Fuente: Historia clínica de la paciente.

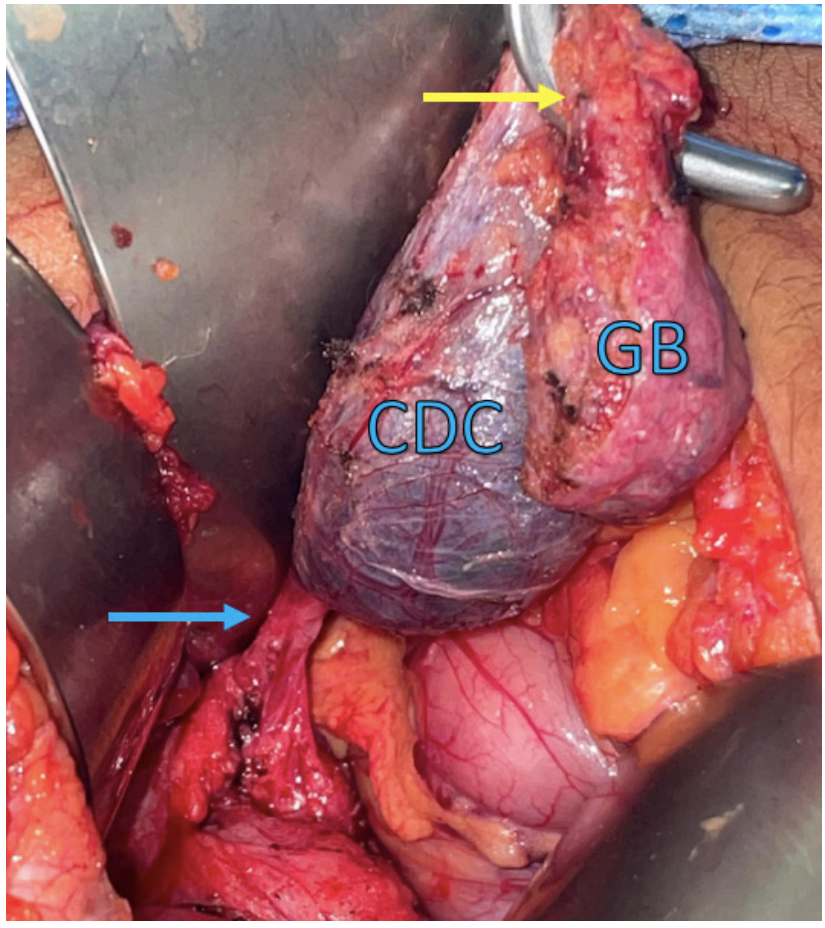


Figura 2. Hallazgo intraoperatorio donde se aprecia la vesícula biliar (GB) y el quiste del conducto cístico (CDC). La flecha amarilla señala el conducto cístico y la flecha azul la abertura estrecha entre el quiste del conducto cístico y el conducto biliar común.

Fuente: Fotografía tomada por los autores.

del conducto cístico constituyen una malformación poco frecuente, y dado que no existen datos sobre su evolución a largo plazo, se propuso a la paciente y a su tutora legal un seguimiento clínico inicial e imagenológico posterior con CPRM, y un marcador bilioentérico como el CA 19,9 periódicamente.

Discusión

El quiste de colédoco es una malformación rara, sobre todo, en países de occidente; Colombia cuenta con algunos reportes [21-23], sin embargo, hasta donde los autores conocen, los quistes ubicados en el conducto cístico no se habían reportado en el país. En Latinoamérica encontramos dos descripciones recientes de quistes de conducto cístico, una en Cuba y otra en Argentina [24,25]. En el mundo se calcula que no hay más de 60 reportes de caso sobre esta patología [26].

Desde hace cuatro décadas se informó en la literatura médica de una malformación biliar que se restringe al conducto cístico, que no se contempla en la clasificación de quistes de colédoco de Todani [18]. La mayoría de los autores coinciden en los reportes de caso en incluirla en la clasificación tradicional de quiste de colédoco como una nueva

categoría denominada quiste biliar tipo VI [3,9,10,12]. Sin embargo, no hay ningún argumento razonable para reconocerlo como una entidad diferente a los cinco tipos de quistes biliares.

Recientemente Al Samaraee & Bhattacharya [27] publicaron la primera revisión sistemática sobre quistes del conducto cístico, que incluyó 33 reportes de casos, y pone en evidencia que los quistes del conducto cístico tienen un comportamiento similar en cuanto a incidencia, distribución geográfica, edad y género con los quistes de colédoco. Chan ES, et al. [5], no encontraron diferencias en el tratamiento entre el quiste del conducto cístico de abertura estrecha y los quistes de colédoco tipo II, y Maheshwari [9] señaló que las características clínicas y las complicaciones de esta entidad son iguales a otros tipos de quistes de colédoco y por clínica no hay manera de discriminar entre ellos. Tampoco hay diferencia en el enfoque diagnóstico, que consiste en primero ecografía y luego CPRM [3]. Por su parte, la incidencia de malignidad de los quistes del conducto cístico es comparable con la incidencia de malignidad de los quistes de colédoco, 6,1 % y 7,3 % respectivamente [19,27].

Entonces, los autores de este artículo sostenemos que no es necesaria una categoría adicional en la clasificación propuesta por Todani T, et al. [16]. Primero, porque la evidencia clínica informada demuestra el comportamiento similar entre lo que se cree que son dos entidades diferentes. Segundo, porque la caracterización anatómica por imágenes o como hallazgo intraoperatorio puede asignar los quistes del conducto cístico fácilmente a una categoría de la clasificación de Todani, por ejemplo, un quiste del conducto cístico con abertura ancha al conducto biliar común es un Todani I, un quiste del cístico con abertura estrecha es un Todani II y la coexistencia de un quiste del cístico junto a otra dilatación quística del árbol biliar, hallazgo también informado en la literatura [28], es un Todani IV.

Tercero, porque el tratamiento quirúrgico se puede definir con base en la abertura que tiene el quiste del conducto cístico al colédoco, por ejemplo, un quiste del cístico con abertura ancha (Todani I) debería ser tratado con resección del quiste y la porción de la vía biliar principal más reconstrucción con hepático-yeyunostomía en Y de Roux; y un quiste del conducto cístico con abertura estrecha (Todani II) puede ser tratado exitosamente con ligadura o clipaje de la abertura estrecha, con escisión completa del quiste y la vesícula biliar, como se llevó a cabo en este reporte de caso, sin necesidad de resección ni reconstrucción de la vía biliar.

No hay razón, por lo tanto, de hacer complejo a lo que puede ser fácil. Hasta nueva evidencia relevante, que demuestre duda razonable sobre el comportamiento de los quistes del conducto cístico como entidad diferente a los clásicos quistes de colédoco, la clasificación de Todani, argumentamos, es suficiente.

Conclusión

Los quistes de colédoco son una dilatación congénita rara y los que suceden en el conducto cístico son aún más raros, sin embargo, no son dos entidades diferentes, de hecho, la evidencia actual pone de manifiesto el comportamiento similar en cuanto a incidencia, distribución geográfica, edad, malignidad y género. La asociación con un mayor riesgo de complicaciones biliares, y el hecho, de que son reconocidos como entidad pre maligna, sigue justificando el tratamiento quirúrgico de los mismos; tratamiento que se puede realizar de acuerdo a la experiencia acumulada del grupo quirúrgico por vía abierta o laparoscópica. Proponemos a la luz de la evidencia que los quistes del cístico se clasifiquen de acuerdo a su abertura con respecto al colédoco (ancha o estrecha), o su coexistencia con otras dilataciones en la vía biliar intrahepática, según la clasificación de Todani en tipo I, II o IV respectivamente. Hasta nueva evidencia relevante, no existe un tal quiste de colédoco tipo VI y la clasificación de Todani, tal y como está, es suficiente.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente y la tutora legal por tratarse de una menor de edad, aprobando la publicación de su caso y las imágenes relacionadas.

Conflictos de interés: Ninguno de los autores declaró presentar conflictos de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que no se emplearon tecnologías asistidas por Inteligencia Artificial para este reporte de caso y la revisión de la literatura.

Fuente de financiación: Recursos propios de los autores.

Contribución de los autores:

- Diseño y concepción del estudio: Luis Felipe Parra-Penagos, Valeria Quintero-Melo, Isabel Alejandra Melo-Sierra, Andrés Pérez-Moreno.
- Adquisición de datos: Luis Felipe Parra-Penagos, Valeria Quintero-Melo, Isabel Alejandra Melo-Sierra, Andrés Pérez-Moreno.
- Análisis e interpretación de datos: Luis Felipe Parra-Penagos, Valeria Quintero-Melo, Isabel Alejandra Melo-Sierra, Andrés Pérez-Moreno.
- Redacción del manuscrito: Luis Felipe Parra-Penagos.
- Revisión crítica y aprobación del manuscrito: Luis Felipe Parra-Penagos, Valeria Quintero-Melo, Isabel Alejandra Melo-Sierra, Andrés Pérez-Moreno.

Referencias

1 Lee YH. Choledochal Cyst. In: Coppola CP, Kennedy, Jr AP, Lessin MS, Scorpio RJ, editors. Pediatric surgery. 2nd ed. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 561-7. https://doi.org/10.1007/978-3-030-96542-6_50

2 Cazares J, Koga H, Yamataka A. Choledochal cyst. Pediatr Surg Int. 2023;39:209. https://doi.org/10.1007/s00383-023-05483-1

3 De U, Das S, Sarkar S. Type VI choledochal cyst revisited. Singapore Med J. 2011;52:e91-3.

4 Bhoil R, Sood S, Sood RG, Singla G, Bakshi S. A variant of type VI choledochal cyst: Combined dilatation of cystic duct and common bile duct. J Ultrasound. 2016;19:71-2. https://doi.org/10.1007/s40477-015-0186-x

5 Chan ES, Auyang ED, Hungness ES. Laparoscopic management of a cystic duct cyst. JSLS. 2009;13:436-40.

6 Babbitt DP. [Congenital choledochal cysts: New etiological concept based on anomalous relationships of the common bile duct and pancreatic bulb]. Ann Radiol (Paris). 1969;12:231-40.

7 Amarjothi JMV, Ramasamy V, Jesudasan J, Naganath-Babu OL. Type VI choledochal cysts—Case report and review of literature. Surg J (N Y). 2019;5:e82-e86. https://doi.org/10.1055/s-0039-1693652

8 Ono J, Sakoda K, Akita H. Surgical aspect of cystic dilatation of the bile duct. An anomalous junction of the pancreaticobiliary tract in adults. Ann Surg. 1982;195:203-8. https://doi.org/10.1097/00000658-198202000-00014

9 Maheshwari P. Cystic malformation of cystic duct: 10 cases and review of literature. World J Radiol. 2012;4:413-7. https://doi.org/10.4329/wjr.v4.i9.413

10 Conway WC, Telian SH, Wasif N, Gagandeep S. Type VI biliary cyst: Report of a case. Surg Today. 2009;39:77-9. https://doi.org/10.1007/s00595-008-3789-4

11 Tsai CC, Huang PK, Liu HK, Su YT, Yang MC, Yeh ML. Pediatric types I and VI choledochal cysts complicated with acute pancreatitis and spontaneous perforation. A case report and literature review. Medicine. 2017;96:e8306. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008306

12 Aslan S, Görgel Ö, Çakır İM. Type VI choledochal cyst; a case report and review of the literature. Egyp J Radiol Nucl Med. 2020;51:108. https://doi.org/10.1186/s43055-020-00224-z

13 Yoon JH. Magnetic resonance cholangiopancreatography diagnosis of choledochal cyst involving the cystic duct: Report of three cases. Br J Radiol. 2011;84:e18-e22. https://doi.org/10.1259/bjr/77844300

14 Ku L, Paez MA, O'Leary MP, Hari DM, Reicher S. Type VI choledochal cyst diagnosed on ERCP with direct cholangioscopy. VideoGIE. 2019;4:458-60. https://doi.org/10.1016/j.vgie.2019.07.005

15 Alonso-Lej F, Rever WB, Pessagno DJ. Congenital choledochal cyst, with a report of 2, and an analysis of 94 cases. Int Abstr Surg. 1959;108:1-30.

16 Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. Am J Surg. 1977;134:263-9. https://doi.org/10.1016/0002-9610(77)90359-2

17 Bode WE, Aust JB. Isolated cystic dilatation of the cystic duct. Am J Surg. 1983;145:828-9. https://doi.org/10.1016/0002-9610(83)90152-6

18 Serena-Serradel AF, Santamaría-Linares E, Herrera-Goepfert R. Cystic dilatation of the cystic duct: A new type of biliary cyst. Surgery. 1991;109:320-2.

19 ten Hove A, de Meijer VE, Hulscher JBF, de Kleine RHJ. Meta-analysis of risk of developing malignancy in congenital choledochal malformation. Br J Surg. 2018;105:482-90. https://doi.org/10.1002/bjs.10798

20 Perfecto-Valero A, Gastaca-Mateo M, Prieto-Calvo M, Ortiz de Urbina-López J, Valdivieso-López A. Quiste biliar del conducto cístico. Un caso de Todani tipo VI. Cir Esp. 2018;96:659-61. https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.04.013

21 Rodriguez-Acosta S, Ponce-Esparza A, Marulanda-Plata S. "Dilatación quística de la vía biliar en adultos" Experiencia del hospital de La Samaritana 1985 - 2000. Rev Colomb Cir. 2003;18:22-7.

22 Giha S, Redondo Y, Quintero G. Quiste de colédoco: Diagnóstico y manejo intraoperatorio. Pediatria (Bucur). 2016;49:64-7. https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.04.004

23 Vergara FA, Tarazona-León CE, Agudelo-Tamayo ZM, Camelo-Pardo G. Quistes de la vía biliar: Experiencia de dos casos en una Unidad de Cirugía Hepatopancreatobiliar. Rev Colomb Cir. 2025;40:423-8. https://doi.org/10.30944/20117582.2545

24 Villamil-Martinez R, Ramírez-Guirado A, Pi-Osoria AJ. Resección laparoscópica de dilatación quística congénita del conducto cístico en un paciente pediátrico. Rev Cubana Pediatr. 2023;95:e4098.

25 Petracchi E, Baglietto N, Rico JI, Canullán C. Quiste de conducto cístico. Rev Argent Cirug. 2019;111:107-10. http://dx.doi.org/10.25132/raac.v111.n1.1389.es

26 Kilambi R, Singh AN, Madhusudhan KS, Das P, Pal S. Choledochal cyst of the proximal cystic duct: A taxonomical and therapeutic conundrum. Ann R Coll Surg Engl. 2018;100:e34-e37. https://doi.org/10.1308/rcsann.2017.0201

27 Al Samaraee A, Bhattacharya V. Cystic duct cyst in adults: A systematic review of the sixth entity. Surg Today. 2023;53:527-43. https://doi.org/10.1007/s00595-022-02461-3

28 Revathi G, Singh BK, Rathore YS, Chumber S. Laparoscopic management of type VI choledochal cyst with common bile duct stone: Report of a case and review of literature. BMJ Case Rep. 2021;14:e244393. https://doi.org/10.1136/bcr-2021-244393