

COLECISTITIS AGUDA EN EL NIÑO (*)

Dres. Jorge Rodríguez Juanotena y Walter Taibo Canale

Nos lleva a efectuar esta presentación el hecho de haber podido tratar dos casos de colecistitis aguda en niños, entidad patológica muy poco frecuente en la clínica Quirúrgica Infantil.

En efecto, revisando la literatura nacional, hemos encontrado muy pocos casos publicados, tres o cuatro a lo sumo. Tenemos conocimiento de otro caso no publicado, al que haremos alusión.

En la literatura mundial la casuística es también muy reducida. Los libros de Patología Quirúrgica infantil dedican muy pocas palabras a este tema. Pensamos que, a poco que se comience a estudiar en forma sistemática en el niño las dispepsias hepato-vesiculares, se van a encontrar muchas más vesículas patológicas que lo que se piensa en la actualidad.

ETIOLOGIA

Las causas que producen las colecistitis agudas en el niño no difieren, no pueden diferir de las que la producen en el adulto. Solamente hay una distinta incidencia mórbida debido a que los agentes etiológicos son menos frecuentes. Así, por ejemplo, la litiasis vesicular, tan bien conocida por el cirujano general es muy rara en la infancia.

Siguiendo la clasificación más admitida, vamos entonces a dividir, estas causas en:

- 1) MECANICAS
- 2) INFECCIOSAS
- 3) VASCULARES
- 4) POR PENETRACION DE JUGO PANCREATICO.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 2 de agosto de 1961.

Las colecistitis mecánicas, u obstructivas, son calculosas, o no calculosas. Uno de los casos presentados por nosotros es una colecistitis producida por una obstrucción calculosa del cístico. El otro es una colecistitis infecciosa.

El publicado por el Dr. Suiffet era una colecistitis tífica.

Un caso del Dr. Risi, no publicado, presentaba una obstrucción extrínseca, por adenopatía. El caso del Dr. Folco Rosa era una colecistitis obstructiva.

El Dr. Anavitarte publicó una colecistitis aguda por litiasis. Le efectuó colecistectomía. Buena evolución.

De acuerdo a la mayoría de los autores, la tífica sería la más frecuente en el niño.

No conocemos publicados, en nuestro medio, colecistitis por jugo pancreático ni de causa vascular, pero tenemos referencia, de un vólvulo vesicular.

SEXO Y EDAD

Los dos casos nuestros son de varones de 6 y 8 años. El del Dr. Risi es un lactante de 8 meses.

La mayoría de los autores señalan una mayor frecuencia entre los 5 y 10 años, siendo muy rara antes.

Una estadística sobre litiasis biliar en la infancia, sobre 102 casos, publicada por Clavel y Dumas da las siguientes cifras:

- 2 en el feto
- 22 antes del año
- 11 de 1 a 5 años
- 24 de 5 a 10 años
- 43 de 10 a 15 años.

Se anota entonces el hecho de que, a pesar de existir la litiasis antes de los cinco años es raro observar la complicación. En lo que respecta al sexo, los mismos autores señalan una predominancia neta del varón antes de los 10 años, y un aumento en la niña después de los 10 años, de la litiasis.

En la aparición de la colecistitis aguda, no hay mayores di-

ferencias según el sexo, no así en las crónicas, las que predominan en la niña.

FACTORES PREDISPONENTES

Dado lo escaso de la casuística, no podemos hablar de factores predisponentes específicos, aunque es obvio que en las infecciosas la presencia de focos sépticos, está en causa.

ANATOMIA PATOLOGICA

No presenta elementos peculiares en el niño, como en el adulto, pueden suscitar formas catarrales, supuradas y gangrenosas. Las nuestras son: Colecistitis tipo catarral.

CLINICA

La colecistitis aguda en el niño, no difiere, clínicamente, gran cosa de la del adulto. Hay síntomas que dependen de las manifestaciones peritoneales, que ella produce, síntomas que dependen de la existencia de un cuadro infeccioso, a lo que se agrega la palpación o no de la vesícula.

No es necesario insistir en esto, pero es necesario hacer resaltar el hecho que, por su rareza y por no pensar en ella, en todos los casos se operan con el diagnóstico de: *apendicitis aguda*.

Presentamos historias clínicas:

La **primera** corresponde al niño Y. R. de 6 años de edad. Operado en el Hospital Pereira Rossell.

Este niño presentaba un cuadro doloroso de H. D. de 24 horas de evolución con defensa, fiebre y vómitos. No tenía dispepsia previa. Con el diagnóstico de apendicitis aguda sub-hepática. Se operó el 27/IV/53. Dr. Rodríguez Juanotena. Dr. Del Campo.

Incisión paramediana. Se encontró una vesícula llena de cálculos, a tensión. Vía biliar S/P. Se efectuó una colecistectomía retrógrada. Buena evolución.

En la evolución alejada no ha aparecido ningún trastorno funcional digestivo, no tiene dispepsia de ningún tipo.

La **segunda historia** es de un niño J. D. de 8 años, que sin antecedentes dispépticos de ninguna índole, comienza 24 horas antes con un cuadro doloroso de H. D. y vómitos biliosos.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Al examen se constató, un niño febril, de buen estado general, con intenso dolor en H. D. y defensa a ese nivel. Luego de 12 horas de observación aparece dolor y defensa en FID. Se decide la intervención con el diagnóstico de peritonitis apendicular, por una apendicitis sub-hepática.

Operación: 31/XII/60. Dr. Rodríguez Juanotena. Dr. Taibo.

Incisión paramediana derecha, para rectal interna. Se constata bilis en el peritoneo, una vesícula tensa, edematosa.

Se efectúa colecistectomía retrógrada. Apendicectomía.

Evolución. — Este niño fue reintervenido 48 horas después por un vólvulo de delgado. 72 horas después se instaló una ictericia, con un funcional hepático que mostró un franco toque hepatocítico:

B T	6,77	
B D	5,27	
B I	1,50	
Colesterol	2 y 22	Total
	0,40	Esterificado
	1,82	Libre.

Proteínas totales 6 y 50.

Sero albúmina 4,34

globulina 2,16

Indice 2.

Hanger + + + +

Timol 21 U.

Kunkel 23 U.

El estudio bacteriológico de la bilis vesicular no cultivó bacterias, ni se visualizaron al examen directo.

La Anatomía Patológica mostró: una colecistitis aguda infiltrativa mucosa en una vesícula con proceso residual crónico, hipertrófica.

Inflamación aguda exudativo-leucocitario y monocitario. Apéndice: normal. La evolución fue buena y no presenta dispepsia en la actualidad.

Un tercer caso correspondiente al Dr. Risi:

Se trata de un lactante eutrófico de 8 meses que es llevado al Pereira Rossell por vómitos y dolores intermitentes a nivel de flanco e Hipocondrio derecho. Este cuadro se acompañaba de constipación. Al examen físico se constató una tumefacción de H. D. que hizo pensar, unido al cuadro funcional, que se trataba de un boudin de invaginación. Se le hizo colon por enema, que relleno todo el colon, y quedó una imagen no muy clara a nivel del ciego. La palpación del abdomen mostró la tumoración con las mismas características, después del colon por enema.

Se decidió operarlo. Dr. Risi, Pte. Interno.

Operación: Incisión transversa supraumbilical derecha. Se constató una vesícula a gran tensión y una adenopatía comprimiendo el cístico.

Se le hizo colecistostomía. Controles radiológicos a los 15 días, que presentamos, mostraron un buen pasaje duodenal. Se retiró la sonda de colecistostomía, y se obtuvo la curación.

La evolución ha sido muy buena.

En el examen de los hechos clínicos anotados llama la atención la falta de dispepsia hepato-vesicular en los enfermos tratados, y la buena tolerancia inmediata y tardía de la colecistectomía en los niños ya que no han aparecido trastornos funcionales en los operados.

Insistimos que casi siempre se operan con el diagnóstico de *apendicitis aguda*.

PRONOSTICO: El pronóstico es bueno desde el punto de vista funcional y vital. Ya anotamos la perfecta tolerancia en nuestros dos casos, hecho que se observa, citado por otros autores: Bearn (1939) citado por Clard y Dumas, habla de curación definitiva en el 92% de casos litiasis sobre 63 enfermos operados de 1 a 30 años de edad.

TRATAMIENTO: Hay dos problemas a considerar: La oportunidad del tratamiento, y la táctica a emplear.

En cuanto a la oportunidad, no se plantea en el niño la espera que se realiza en el adulto y el tratamiento médico correspondiente de algunas escuelas Quirúrgicas, por una razón muy simple: *no se hace* diagnóstico de colecistitis aguda en el niño, salvo excepcionalmente. El cirujano se encuentra frente a un cuadro agudo de H. D. y F. I. D. y opera con el diagnóstico de apendicitis o peritonitis apendicular, de urgencia.

En cuanto a la táctica quirúrgica creemos que está indicada la colecistectomía.

En teoría, la colecistostomía sería mejor, porque conserva un órgano necesario para la función digestiva, y una valiosa vía de drenaje sobre las vías biliares.

Sin embargo la colecistectomía pone más al abrigo de recidivas calculosas, es bien tolerada, no produce trastornos tardíos digestivos, no altera el crecimiento, es fácil de hacer, más fácil que en el adulto, por lo que la preferimos, así como la mayoría de los autores que han tratado el tema.

RESUMEN

Se presentan dos casos de colecistitis agudas tratados por colecistectomía y una por colecistostomía, con buena evolución, y se revisa el tema en general. Se sugiere el estudio radiográfico sistemático en la dispepsia hépato-vesicular en el niño.

BIBLIOGRAFIA

Por razones de fuerza mayor, el incendio que afectó nuestra Facultad, no hemos podido completar como queríamos la bibliografía.

CLARD y DUMAS. — La Cholecystiti calculeuse aigue chez l'enfant.

Lyar Cgirurgical Tome 41. 410-429. Julio-Agosto 1946.

Dr. Valls. — Yo voy a hablar por la experiencia que tengo en cirugía de adultos y también porque sugirió que hablara las palabras del Dr. Lorenzo de las personas jóvenes que han hecho colecistitis. Justamente estos últimos meses he operado dos señoras que tenían 16 o 17 años con litiasis biliar. Es decir, personas jóvenes. Cuando uno opera y se encuentra que la persona tiene una litiasis biliar y tiene una litiasis vesicular y tiene lesiones en la vesícula que explican toda la patología, uno se queda más tranquilo, y cuando no encuentra bilis en el episodio agudo, en el episodio obstructivo. Porque cuando uno se encuentra que hay un cístico permeable, el cirujano tiene que pensar que está comprometido todo el aparato hepatobiliopancreático. Quizá uno de los casos que hicieron una ictericia post operatoria era un caso en el cual no había una litiasis vesicular, en el cual el compromiso era de todo el aparato hepatobiliopancreático. Quiere decir que uno está más tranquilo cuando se encuentra lesiones netas vesiculares y un cálculo obstructor, que cuando se encuentra una vía biliar permeable con bilis dentro de la vesícula. Cuando se encuentra bilis dentro de la vesícula quiere decir que algo está pasando en el sector del aparato hepatobiliopancreático y hay que explorarlo con más detención. Siempre hay que explorarlo y el ideal sería que uno dispusiera en todos los casos de colangiografía operatoria. Con respecto a lo que decía el Dr. Karlen, yo tuve oportunidad de operar un enfermo joven, un hombre de 18 años en ese momento, que tenía las dos cosas, una colecistitis aguda obstructiva y una apendicitis aguda supurada, que se tocaba la vesícula y que tenía un dolor intenso en fosa iliaca derecha, y como le dolía mucho pensé que no podía explicarse sólo por la vesícula y entonces fui a explorar y encontré una apendicitis aguda supurada después de haber hecho una colecistectomía.

Dr. Folco Rosa. — Yo felicito a los autores por el trabajo tan interesante que acaban de presentar. En cuanto a la frecuencia, yo estuve leyendo una estadística de Potter: desde el año 1734 a 1927 en la literatura se habían encontrado 270 casos de colecistitis en niños y de 1927 a 1938 162 más y hace notar que en la primera serie había 1,3 por año y después 16 por año, pero también hace notar que el diagnóstico se hizo en el último decenio en un 500% más y los hallazgos de autopsia habían disminuído en un 71.%. Quiere decir que se buscaba mucho más que en los primeros períodos. Por eso cada vez que se busque más, más se va a encontrar. Nosotros en el año 1948 tuvimos ocasión de operar una chica de 5 años que también vino con un cuadro doloroso de hipocondrio derecho, vómitos y temperatura. Y una contractura en todo el hemivientre derecho. Se operó con diagnóstico de apendicitis. Y se encontró una vesícula tensa con una colecistitis, una pericolecistitis con falsas membranas con adherencias al duodeno, de la cual se extrajo 70 cmts. de bilis negra. No había cálculos, se le hizo una colecistostomía y la niña a los 17 días se le retiró el tubo. Poco tiempo después se le hizo una colecistografía, mostrando una vesícula obstruída, lo cual es uno de los argumentos que da la razón a los que defienden que debe hacerse una colecistectomía. En un caso semejante, es lo que yo haría en la actualidad.