

Colecistitis agudas y crónicas en el niño

Dres. César H. Arruti y David H. Torres *

Si bien las colecistopatías adquiridas no son de aparición frecuente en el niño, tampoco son una rareza y deben tenerse presentes cuando se estudian pacientes con sufrimientos dolorosos del flanco derecho. La búsqueda intencionada hará aumentar seguramente el número de observaciones. Muchos de los adultos jóvenes que se operan de afecciones biliares han comenzado a sufrir desde la niñez. Destacamos la alta proporción de casos en los que sólo se ha pensado en apendicitis. Contribuye a ello la frecuencia mucho más elevada de esta afección y la irradiación habitual del dolor hacia la zona baja del hemiventre derecho en las colecistopatías infantiles.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Biliary tract diseases / occurrence. Cholecystitis / etiology, surgery.

La litiasis biliar en el niño es conocida desde 1734 (1) y son cientos los casos publicados en el mundo, pero la baja incidencia en nuestro medio hace olvidar generalmente su existencia. No entra en el planteo clínico de las afecciones digestivas del niño y, por tanto, no se la busca con la debida insistencia. Solamente la complicación aguda, que obliga al tratamiento activo, revela la afección biliar. Es así que la mayor parte de las observaciones corresponden a cuadros agudos. Esto se repite en casi todos los medios. La incidencia es de uno cada mil adultos con afecciones biliares y en 16.051 necropsias de niños se encontraron 11 casos, menos del 0,1 % (11). Curiosamente en Chile, sin embargo, la frecuencia es tanta como en el adulto. Esto no tiene una explicación clara y se invocan factores hereditarios, raciales o hábitos alimenticios.

FORMAS CLINICAS

Consideraremos, siguiendo a Fevre (4), tres situaciones:

- Distensión aguda o subaguda de la vesícula.
- Colecistitis alitiásica.
- Litiasis biliar.

Presentado en la Mesa Redonda sobre "Patología de las vías biliares en el niño y su tratamiento". (Coordinador: Dr. Folco Rosa), del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 3 de diciembre de 1974.

* Profesor Adjunto y Adjunto de Clínica Quirúrgica Infantil.

Dirección: Defensa 2235, Montevideo (Dr. Arruti).

Servicio de Cirugía Infantil (Prof. Adj. Dr. Eduardo Anavitarte). Hospital "Pedro Visca", Montevideo.

I) Distensión aguda o subaguda de la vesícula.

Esta afección fue primeramente descrita en Francia, apareciendo luego publicaciones en Inglaterra y Estados Unidos (8). Las lesiones consisten fundamentalmente en la distensión de la vesícula, con escasísimos fenómenos inflamatorios, limitados únicamente a la capa mucosa y generalmente con bilis no infectada. Pueden evolucionar espontáneamente a la resolución o bien ser recidivantes. En los primeros casos la lesión primitiva puede ser inflamatoria, como sucede en la fiebre urleana, sobre todo cuando hay compromiso pancreático o como cuando hay infecciones en los ganglios del pedículo hepático. Se han descrito voluminosos ganglios císticos que pueden explicar el bloqueo vesicular (4). En las formas recidivantes hay que tener en cuenta las malformaciones infundíbulo-císticas: estenosis, repliegues valvulares, etc. Casi todos sortean la niñez con reiterados episodios resueltos en general con tratamiento conservador, para ser operados en la segunda o tercera década de la vida.

La manifestación clínica principal son crisis dolorosas, de comienzo brusco, de duración variable, con localización en el flanco derecho del abdomen. Se acompañan de náuseas, vómitos y generalmente de fiebre. La palpación no permite frecuentemente la percepción de la vesícula distendida y sólo revela la defensa parietal en la zona de máximo dolor. La aparición ocasional de una subictericia puede orientar el diagnóstico hacia la vía biliar. La mayoría de las veces se piensa primero en apendicitis, ya que la frecuencia relativa de ambas afecciones así lo impone, y además porque comúnmente la irradiación dolorosa es hacia la fosa ilíaca derecha. En las raras ocasiones en que se palpa la vesícula el diagnóstico evocado puede ser la invaginación intestinal. Veamos un ejemplo (observación del Dr. F. Rosa).

F.B.Q. varón de 9 años que comienza 26 horas antes del ingreso con dolor de aparición brusca en la región lumbar derecha, con irradiación anterior, temperatura de 38° rectal y náuseas. Calma espontáneamente unas horas después. Reanuda la sintomatología, ahora con palidez, sudoración y vómitos. Lo ve médico que comprueba dolor difuso de hemiventre derecho. La temperatura llegó a 40°. La radiografía de tórax fue normal; la leucocitosis de 16.000 con 75 % de polinucleares. Ante la persistencia del cuadro clínico se

decide la intervención quirúrgica, pensando en apendicitis. Se aborda por incisión de Mc Burney y se encuentra líquido citrino en discreta cantidad, apéndice sano, adenitis mesentérica y vesícula tensa, erétil. Se cierra esta incisión y se practica nuevo abordaje por una transversa derecha supraumbilical para realizar una colecistostomía. La bilis era oscura y el cultivo no mostró gérmenes. La biopsia de la pared vesicular mostró estado catarral de la capa mucosa. La colangiografía postoperatoria visualizó una vía biliar normal, con buen pasaje al duodeno.

Algunas situaciones se han resuelto por la punción simple y evacuación del contenido vesicular (3), pero la posibilidad de una malformación infundíbulo-cística obliga al prolijo estudio radiológico contrastado.

II) Colecistitis alitiásica.

En algunas ocasiones hay infección y distensión de la vesícula sin obstrucción primaria de un cálculo. Pueden verse en los estados septicémicos como los causados por la fiebre tifoidea, las salmonelosis, etc. (11). La incidencia de por sí baja de estas afecciones en nuestro medio vuelve rara la observación de las complicaciones. ●tras veces han sido áscaris los ocasionales obstrutores de la vía biliar (11).

El cuadro clínico no ofrece nada de particular, a no ser la frecuencia de la localización dolorosa, aparte del hipocondrio derecho, en fosa lumbar o fosa ilíaca. Casi siempre se piensa, entonces, en apendicitis de localización subhepática o retrocecal.

He aquí un ejemplo (observación del Dr. F. Rosa):

M.A.M. niña de 5 años comienza su enfermedad bruscamente con dolor en el hemiventre derecho, no bien localizado, tipo cólico. Luego tiene vómitos reiterados. Al no mejorar al cabo de 24 horas, consultan en el hospital Pereira Rossell. Al ingreso se anota: febril, 38½°, rectal, lengua saburral, dolor y defensa de hipocondrio y fosa ilíaca derechos. El Douglas es doloroso, pero no ocupado. La leucocitosis es de 16.700. Luego de una hora de observación el estado es incambiado y se decide la intervención quirúrgica abordándose el abdomen por incisión de Mc Burney. Se encuentra líquido sero-hemático en poca cantidad, apéndice sano y vesícula a tensión. Al ampliar la incisión se aprecia una colecistitis con pericolecistitis; el exudado fibrinoso se extiende hasta el duodeno. La punción da 70 ml de líquido pio-hemático. Se realiza una colecistostomía. La evolución fue sin incidentes. Ni en la intervención, ni en la colangiografía se visualizaron cálculos. En la evolución alejada una colangiografía mostró una vesícula excluida, lo que avala que el tratamiento de elección debe ser la colecistectomía, siempre bien tolerada por el niño.

III) Litiasis biliar.

Hay tres categorías bien diferenciadas:

—a) Litiasis generalizada del recién nacido.

Descubierta en fetos, nacidos muertos o niños que viven pocos días, se manifiesta en for-

ma masiva, ocupando las vías biliares intra y extrahepáticas, junto con graves lesiones del parénquima hepático que llevan a la muerte (4). No tenemos observaciones.

—b) Litiasis secundaria a enfermedad hemolítica.

Son cálculos pigmentarios depositados después de episodios hemolíticos. Contrariamente a lo relatado en diversas publicaciones (4, 5, 6, 7, 9) en nuestro medio la incidencia es baja, seguramente porque no se la busca. Gross (6) sostiene como aforismo que frente a un niño con litiasis debe buscarse la hemólisis. Lo hemos hecho en nuestras observaciones sin resultado positivo. Pero la inversa no se realiza. Es decir, frente a un niño hemolítico no se estudia la vía biliar. De hacerlo seguramente aparecerían más observaciones. Conocemos tres, relatadas por L. Praderi (10) en niños de 9 a 13 años. En uno se actuó simultáneamente: esplenectomía y colecistectomía; en otro colecistectomía y luego esplenectomía, en el tercero, esplenectomía y luego colecistectomía. Los resultados fueron buenos.

La preocupación fundamental debe ser el tratamiento de la afección causal. La esplenectomía es lo primordial, el tratamiento de la vía biliar, lo accesorio. Como puede esperarse la curación de los episodios hemolíticos, si las alteraciones de la pared vesicular no son muy acentuadas, se puede ser conservador y conformarse con la simple evacuación de los cálculos. El tratamiento de la vía biliar debe ser diferido, nunca conjuntamente con la esplenectomía. Gross (6) demostró el alto riesgo de shock severo y aun fatal en los casos en que se hizo el tratamiento simultáneo de ambos sectores.

—c) Litiasis biliar primitiva.

Son en nuestro medio los casos más frecuentes. Los cálculos son de colesterina o mixtos, generalmente múltiples, facetados, como se ve en los adultos. En algunos casos se pueden rodear de sales calcáreas que los hacen radiopacos y detectables con radiografía simple. Veamos un ejemplo:

Niña de 10 años, M.T.A.M. Había comenzado sus sufrimientos a los 6 años de edad, con dolores en el flanco derecho del abdomen, de duración aproximada a una hora, calmando con hielo. El sufrimiento era ritmado por la alimentación y generalmente desencadenado por la leche. Persistiendo un año con estos síntomas, en otro centro asistencial, se decide la apendicectomía que, por supuesto, no mejoró la situación. Se le trató luego con antiespasmódicos, sin éxito. Nunca acusó ictericia ni coluria. Una radiografía simple de abdomen mostró 4 imágenes opacas subcostales, que la colangiografía evidenció ser cálculos biliares. En la intervención se encontró una vesícula con intensas alteraciones crónicas de la pared. La colecistectomía curó a la niña. No había compromiso de la vía biliar principal.

En esta observación se repite la persistencia de adjudicar al apéndice la responsabili-

dad de los sufrimientos del flanco derecho del niño, olvidando el estudio de otros órganos. La calcificación de sus cálculos fue el hecho fortuito que puso al diagnóstico en la pista correcta.

Algunas veces la investigación diagnóstica ha sido dirigida intencionalmente hacia la vía biliar ya que los síntomas eran claros, los comunes que se ven en el adulto, y no se ha reparado en la edad del paciente. Por ejemplo:

J.R.M., varón de 13 años, procedente de Piriápolis, que padecía de dolores de hipocondrio derecho, irradiados a la fosa lumbar, acompañados de vómitos, a veces de intensidad marcada y durando hasta 3 horas. Era un niño de estatura elevada, obeso y de extraordinario apetito. La colecistografía mostró una litiasis vesicular múltiple. Curó luego de colecistectomía.

Es de destacar que en estas etapas de la vida el síntoma principal es el dolor, acompañado o no por vómitos o escalofríos, faltando en general la dispepsia tan frecuente en el adulto. Sin embargo, en una observación de F. Rosa el cortejo sintomático era completo.

Se trataba de una niña de 13 años con reiterados episodios dolorosos de hipocondrio derecho, con irradiación epigástrica, vómitos y chuchos, condicionados por la ingesta de excito-biliares. Además tenía permanentemente distensiones post-prandiales, sensación de pesadez y cefaleas. La colecistografía mostró litiasis múltiple. Se practicó colecistectomía encontrándose una vesícula fresca que contenía tres cálculos mixtos.

La génesis de los cálculos es generalmente indemostrable, pero en raras ocasiones un cuerpo extraño sirve de núcleo inicial a las precipitaciones salinas. Ello sucedió en una observación de Etcheverría (2):

R.D., varón de 5 años, nacido de parto gemelar, que presentó junto a su hermano, una ictericia neonatal. Se pensó en malformación de la vía biliar. En la exploración quirúrgica se hizo biopsia hepática, colecistostomía y colangiografía que mostró una vía biliar normal. Luego de un año inicia episodios dolorosos de hipocondrio derecho, vómitos y tumefacción en la cicatriz de salida del tubo de la anterior colecistostomía. La salida de exudado mucoso claro por esa zona calmaba al enfermo. Ingresa por nuevo episodio de dolor, vómitos y fiebre acompañados de un mal estado general. Aparece coluria e ictericia que se acentúan rápidamente. En la intervención se encontró una colecistitis crónica reagudizada, intenso proceso inflamatorio del pedículo hepático con adenitis y periadenitis que comprimían al colédoco. Abriendo la vesícula se encuentra un cálculo obstructor en el bacinete, desarrollado alrededor de un hilo de lino empleado para sujetar la sonda de colecistostomía (Fig. 1).

En esta observación se destaca el hecho ya señalado en la literatura de la aparición de ictericia provocada por la inflamación ganglionar de la zona hiliar (Fig. 2).

Como causa de ictericia este tipo de compresión es más frecuente que la obstrucción del colédoco por cálculos. Aunque la litiasis coledociana ha sido descrita no tenemos observaciones confirmadas, pero sí la sospecha de haberla presenciado.

Se trataba de una niña de 9 años, A.D., procedente de Santa Clara de Olimar. Ingresó en el Hospital de Clínicas con un típico síndrome coledociano: ictericia, coluria, hipocolia, dolor intenso de hipocondrio



FIG. 1.— En la parte superior se observa el cálculo formado alrededor del hilo. Vesícula con intensos fenómenos inflamatorios.



FIG. 2.— Colangiografía postoperatoria. Dilatación coledociana por encima de la zona de compresión ganglionar. Afinamiento hacia abajo, conservando la permeabilidad.

derecho y fiebre de 38°. Desde allí y con diagnóstico de quiste hidático abierto en vías biliares es enviada al Hospital Dr. Pedro Visca. Al cabo de una semana ha desaparecido la ictericia. Las pruebas de alergia hidática fueron negativas. El estudio del contorno hepático no mostró anomalías. Al realizar la exploración quirúrgica encontramos una litiasis múltiple vesicular. La vesícula era grande, de paredes finas, sin signos inflamatorios actuales. La colangiografía no mostró obstáculos en el colédoco. Se practicó colecistectomía. Pensamos que el episodio icterico pudo ser ocasionado por el tránsito de un cálculo, aunque, repetimos, no tenemos la confirmación.

Aparte de la colecistitis, otras complicaciones de la litiasis son raras, pero se presentan en algunas ocasiones revistiendo variada severidad, como en esta observación de Etcheverría.

A.A.G., varón de 12 años, obeso, asmático, medicamento frecuentemente con cortisona y con varios ingresos por dolores referidos a la fosa iliaca derecha. En esta oportunidad está subfebril y con dolor difuso del flanco derecho. Al practicarse el abordaje abdominal por incisión de Mc Burney se ve al apéndice sano y la salida de abundante líquido bilioso. Se practica incisión transversa subcostal derecha, encontrándose vesícula flácida pálida, con cálculos. El pedículo está totalmente infiltrado por líquido verde oscuro que difunde profusamente por el retroperitoneo. Se hace colecistostomía, extrayéndose varios cálculos. La vía biliar principal era permeable. El líquido peritoneal tenía 16 unidades pancreáticas. En el postoperatorio tuvo vómitos, taquicardia, hipotensión que cedieron a la administración parenteral de corticoides. No pudo ser determinado el lugar de la fuga biliar.

De mayor entidad fue el toque de esta observación de Taibo.

M.I.P.Z., niña de 12 años, que comenzó con vómitos intensos, mareos y dolor de flanco derecho. En el examen se la ve pálida, lengua sucia, pulso filiforme de 140 p.m., presión arterial con máxima de 6 cms. Hay defensa en la zona de dolor. Después de unas horas de hidratación, se aborda el abdomen por incisión de Mc Burney y se encuentra apéndice sano, saliendo abundante líquido sero-hemático. Se practica incisión transversa subcostal derecha y aparece la vesícula tensa e infiltrado hemorrágico del duodeno-páncreas. Se realiza colecistostomía. La recuperación fue rápida. Los intentos de lavado por la sonda no permiten el progreso del líquido y despiertan dolor. La colangiografía muestra vía biliar permeable. Al retirar la sonda de colecistostomía viene abundante barro biliar y calculinos. Se ha programado la colecistectomía.

RESUME

Cholécystite chronique et aiguë chez l'enfant.

Si les cholécystopathies acquises ne sont pas fréquentes chez l'enfant, elles ne sont pas pour autant un cas d'exception et on doit en tenir compte quand on se trouve en présence de patients ayant une douleur au flanc droit. Une recherche systématique fera certainement apparaître un plus grand nombre de manifestations. Beaucoup de jeunes adultes qui son opérés pour des affections biliaires ont commencé à en souffrir dès leur enfance. Nous soulignons le pourcentage élevé de cas où l'on ne fit que soupçonner une éventuelle appendicite, du fait que cette affection est beaucoup plus fréquente et que dans les cholécystopathies infantiles, il y a habituellement une irradiation de la douleur vers la zone basse de l'hémiabdomen droit.

SUMMARY

Acute and chronic gall bladder diseases in children.

Acquired gall bladder diseases are not frequent in children. They must be considered however, in front of pain in the right upper quadrant. In many cases the primary diagnosis was appendicitis, due to the higher incidence of the latter as well as the frequent irradiation of the pain to the right lower quadrant in cholecystitis in the children.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DE TONI G. Las afecciones de la vesícula biliar en la infancia. *Simp Ciba*, 7: 50, 1959.
2. ETCHEVERRIA P. Comunicación personal.
3. FEVRE M. Chirurgie infantile d'urgence. Paris. Masson, 1958.
4. FEVRE M. Cirugía infantil y ortopedia. Barcelona El Ateneo, 1969.
5. GRANVIER L, DORMAN G.. Gallbladder diseases in infants and children. *Surgery*, 63: 690, 1968.
6. GROSS RE. Surgery of infancy and children. Philadelphia. Saunders, 1953.
7. KIRTLEY JA, HOLCOMB GW. Surgical management of diseases of the gallbladder and common duct in children and adolescents. *Am J Surg*, 111: 39, 1966.
8. MARKS CH, ESPINOSA J, HYMAN J. Acute acalculous cholecystitis in childhood. *J Pediatr Surg*, 3: 161, 1965.
9. MORALES L, TABOADA E, TOLEDO L, RODRIGAN W. Cholecystitis and cholelithiasis in children. *J Pediatr Surg*, 2: 565, 1967.
10. PRADERI L. Comunicación personal.
11. RAMIREZ F, FRANCO A, BELTRAN F. Colecistitis y colelitiasis en la infancia. *Bol Med Hosp Inf (México)*, 3: 29, 1972.