

Colecistopatías adquiridas de la infancia

A propósito de 2 casos

Dr. Pedro M. Etcheverría Prieto *

Hospital de Durazno, Durazno.

Se presentan 2 observaciones de colecistopatías adquiridas en niños de 5 y 12 años. Uno con una litiasis vesicular asentando sobre una colesterosis y el otro —colecistostomizado en el periodo postnatal por sospecha de malformación de vías biliares— con un cálculo único centrado sobre material de sutura, que ocluía intermitentemente el cuello vesicular determinando distensiones agudas del colecisto.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Cholecystitis/diagnosis.

La poca frecuencia con que nos enfrentamos a colecistopatías en la infancia se debe a la baja incidencia propia de la enfermedad, y a que no se la busca con el empeño debido.

CONSIDERACIONES GENERALES

La patología vesicular adquirida de la infancia se puede reducir a tres situaciones: la colecistitis alitiásica, la litiasis vesicular pigmentaria de las enfermedades hemolíticas, y la litiasis común. La primera situación representa el 36 % de todas las colecistitis agudas de la infancia. Puede acompañar como complicación a afecciones generales como la escarlatina, la fiebre tifoidea, etc., o aparecer en un niño previamente sano. Las características anatomopatológicas de esta afección son las siguientes: a) obviamente proceso inflamatorio de la pared; b) necrosis de la mucosa en el 75 % de los casos; c) obstrucción del cístico por adenitis del ganglio cístico. Esto puede conducir a un hidrocolecisto, según De Toni (1), lo que permite destacar, como veremos más adelante, la importancia de la participación linfática en la patología biliar de la infancia.

La sintomatología es la convencional y el tratamiento conservador. Sin embargo la evolución puede obligar a la intervención. La colecistectomía es bien tolerada por el niño.

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.

* Cirujano del Hospital de Durazno.

Dirección: Lavalleja 897, Durazno.

La litiasis fue primeramente descrita por Gibson en 1737. En 1899, Still relató 20 casos en lactantes, lo que le permitió sospechar la litiasis fetal, que fue confirmada más tarde por Jones y Snyder. Patogenia: morbus hemolítico, sepsis, las estenosis y anomalías congénitas del cístico. En el niño mayor hay que contar con la compresión del cístico por adenopatías hipertróficas (De Toni). Pasada la lactancia, son las anemias hemolíticas las causas más frecuentes. Según Gross, el hallazgo de una litiasis en un niño debe hacernos descartar los estados hemolíticos, y frente a una anemia hemolítica se debe realizar siempre una colecistografía.

Kirtley (2) en 50 casos de litiasis entre 7 y 19 años, encontró 48 mujeres y 2 varones.

La sintomatología es la conocida del sufrimiento vesicular: dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, etc. Son raros en el niño la irradiación al dorso y al hombro. Es frecuente en cambio el dolor espontáneo y provocado en fosa ilíaca derecha (F.I.D.).

La ictericia se presentó en el 8 % de los casos de Kirtley; en ninguno había cálculos de colédoco, en todos la obstrucción fue debida a adenopatías pediculares hipertróficas, como en nuestra observación Nº 2. La litiasis coledociana es rara en la infancia (2 % para Kirtley, 13 % para Brunett).

En cuanto al tratamiento de la litiasis vesicular en una enfermedad hemolítica, tiene validez el axioma de Gross: primero la esplenectomía, si está indicada, y luego, en un segundo tiempo, la colecistectomía. La combinación de colecistectomía y esplenectomía tiene un alto riesgo.

Las otras situaciones se manejan básicamente con los postulados de la cirugía biliar del adulto, con la salvedad de las situaciones en que predomina el compromiso linfático del pedículo, que puede hacer inabordable el colédoco. En estas situaciones, un drenaje transcístico resuelve parcial o definitivamente el problema.

CASUISTICA

1ª OBSERVACIÓN.— Atilano A. G., 12 años. Ingresó por dolor en F.I.D. desde el día anterior, vómitos dis-



FIG. 1.— Colangiografía postoperatoria de la 1ª observación.

cretos. Ya ha tenido dos ingresos anteriores por similar sintomatología. No hay dispepsia, es un obeso asmático tomador de cortisona. Al examen, buen estado general, subfebril. El abdomen duele, a la palpación, en forma difusa, pero más intensamente en F.I.D. No hay contractura.

Operación (6-8-70): anestesia general Mac Burney-Gosset. Sale líquido bilioso en forma abundante. Apéndice sano. Se practica transversa en hipocondrio derecho: vesícula sin tensión, pálida, de paredes edematosas, con cálculos en su interior. El pedículo hepático está totalmente infiltrado por un edema verde oscuro, que difunde profusamente en retroperitoneo levantando el peritoneo parietal posterior. Abierta la vesícula sale bilis oscura y espesa y varios cálculos moruliformes. La vesícula es "fresa". El colédoco es de aspecto normal así como el páncreas, en una exploración muy sumaria. Colecistostomía. El líquido peritoneal contenía 16 U.P. Colangiografía postoperatoria (fig. 1); colédoco normal, no hay buen pasaje al duodeno, parece verse una imagen de cálculo en el colédoco terminal.

Reintervención (14-X-70): transversa. Vesícula vacía, colédoco de calibre disminuido, páncreas con la cabeza engrosada. Coledocotomía: no hay cálculos, buen pasaje de los exploradores al duodeno. Kehr en colédoco, colecistectomía, drenaje del lecho subhepático.

Evolución: al 2º día del postoperatorio, vómitos, taquicardia, hipotensión, que se interpretó como insuficiencia corticosuprarrenal por tratarse de un tomador de esteroides. Mejoró con la administración parenteral de prednisona.

Colangiografía postoperatoria: colédoco normal, sin cálculos, buen pasaje al duodeno, terminación común con Wirsung que se rellena parcialmente.

Evolución alejada: excelente.

Comentario: A la rareza de la litiasis biliar en el niño, se agrega la rareza de esta complicación, lo que le da al cuadro el carácter de excepcional. Desde el punto de vista clínico debe destacarse el sufrimiento en F.I.D., ya señalado como frecuente motivo de consulta. De los hallazgos operatorios llama la atención el gran infiltrado biliar en el pedículo y en el retroperitoneo, lo que indicaría que el derrame peritoneal es secundario a la infiltración retro-

peritoneal. Como es casi la norma en estos casos, en el acto operatorio no se puede determinar el lugar y el mecanismo de la fuga biliar.

2ª OBSERVACIÓN.— Richard D., 5 años. Ingresó el 1º-V-74 para ser intervenido por sufrimiento vesicular crónico

Nacido de parto gemelar desarrolló junto a su hermano una ictericia neonatal que fue interpretada como provocada por una malformación de las vías biliares. Fue intervenido el 7-I-69 en un sanatorio de Montevideo: transversa, hepatomegalia tinte verdoso, vesícula discretamente tensa, su punción da líquido claro. Se coloca sonda Nélaton, colangiografía normal. Biopsia hepática, se saca la sonda por contrabertura, cierre por planos.

Evolución: pasó bien un año. Luego aparecen episodios de dolor, vómitos y tumefacción de la cicatriz de salida del tubo de colecistostomía. La eliminación de exudado purulento por la cicatriz aliviaba al enfermo. Los últimos episodios mostraron que el exudado no era pus sino un líquido mucoso abundante y claro, lo que permitió sospechar un hidrocolecisto a empujes periódicos por un mecanismo valvular en el cuello de la vesícula, que aliviaba al abrirse en piel. No se pudo realizar una fistulografía que hubiera aclarado el cuadro. La colecistografía mostró ausencia de imagen vesicular.

Cinco días antes de la intervención, ingresa con dolor en H.D., vómitos, subfebril, mal estado general. En sala aparece coluria e ictericia que se acentúan rápidamente.

Intervención. Transversa sobre cicatriz anterior. Liberación de intenso proceso adherencial perihepatovesicular que lo fija a la pared. Vesícula de paredes gruesas por proceso inflamatorio crónico en empuje agudo. El cuello vesicular, el cístico y el colédoco están totalmente ocultos por una masa de adenitis y periadenitis aguda. Se abre la vesícula que tiene un contenido mucoso claro sin bilis. Se inicia maniobra de Delagenière para poder identificar el cístico. El cuello vesicular está separado por un anillo estenótico del cuerpo y contiene un cálculo formado alrededor de un hilo de lino. Finalmente se identifica el orificio del cístico. Se realiza colecistectomía y se coloca una sonda Nélaton transcística. Drenaje del lecho por contrabertura.

Evolución postoperatoria. No hubo drenaje por ninguno de los dos tubos. La ictericia desapareció a las 48 hs. Al 5º día, la colangiografía (fig. 2) muestra un colédoco supraduodenal dilatado y el colédoco inferior fino con buen pasaje al duodeno. Al 8º día comienza a drenar el tubo subhepático, se retira el transcístico. Durante 3 días tiene bilirragia importante que cesó al 12º día. El 14º se retira el tubo subhepático. Alta en buenas condiciones.

Comentario. Es singular, aunque no desconocido, el mecanismo de formación de cálculos nucleados en un cuerpo extraño. Y es interesante la reproducción casi experimental de tres hechos que destacamos en la introducción: a) el hidrocolecisto a válvula; b) la importante participación ganglionar pedicular, como lo enfatizan De Toni y Kirtley, con jerarquía propia como para condicionar la ictericia preoperatoria y ser el elemento determinante de insospechada dificultad operatoria.

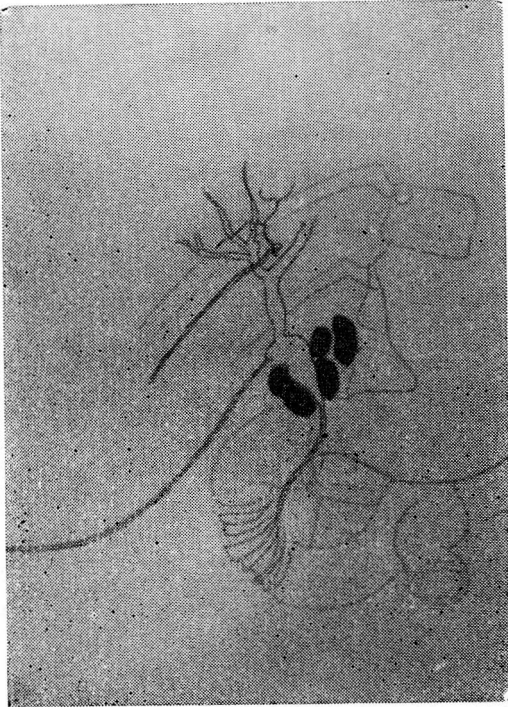


FIG. 2.— Colangiografía postoperatoria (esquema) de la 2ª observación.

COMENTARIO

Ciertamente que la patología vesicular adquirida de la infancia tiene sus características propias: la frecuencia de colecistitis alitiásicas, la participación ganglionar pedicular, la baja frecuencia de litiasis coledociana, y desde el punto de vista clínico, la poca nitidez de los síntomas, la inconstancia de la dispepsia y la frecuencia

con que consultan por dolor en la F.I.D. A partir de los 10 años parece definirse algo más el cuadro clínico: se destacan entonces el sexo femenino, la obesidad y el sufrimiento en epigastrio e hipocondrio derecho. Por último debe destacarse la gran tolerancia del niño a la colecistectomía.

RESUME

Cholecystopathies acquises chez l'enfant. A propos de 2 cas.

Présentation de 2 observations de cholecystopathies acquises chez des enfants de 5 et 12 ans. L'un avec une lithiase vésiculaire accompagnée de cholestérolose et l'autre —cholécystostomisé dans la période post-natale par crainte de malformation des voies biliaires— porteur d'un seul calcul centré sur de l'élément de suture - qui obstruait par intermittence le col vésiculaire provoquant des distensions aiguës de la cholécyste.

SUMMARY

Acquired gall bladder diseases of childhood.

The authors report 2 cases of acquired gall bladder diseases in 5 and 12 year-old children. One of them had a cholelithiasis set on a cholesterolosis. The other, who had been cholecystostomised during the post-natal period under the suspicion of biliary duct malformation, had a solitary stone, centered upon a suture material. The calculus occluded the gall bladder cervix intermittently, thus determining acute distentions of the cholecyst.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DE TONI G. Las afecciones de la vesícula biliar en la infancia. *Symp Ciba*, 7: 50, 1959.
2. KIRTLEY JA, HOLCOMB GW. Surgical management of diseases of the gallbladder and common duct in children and adolescents. *Am J Surg*, 111: 39, 1966.