

# Perforación espontánea del colédoco en el niño

Dres. Magela Do Campo<sup>1</sup>, Marcos Giguens<sup>2</sup>

## Resumen

Se presenta un caso clínico de perforación espontánea de colédoco, en una lactante de 9 meses cuya sintomatología estaba dada por vómitos de alimentos, depresión neuropsíquica, fiebre y distensión abdominal.

**Palabras clave:** Vías biliares  
Colédoco

## Summary

The author presents a clinical case of spontaneous choledochus perforation in a 9 month old infant whose symptoms consisted of vomiting, neuropsychical depression, fever, and abdominal distension.

## Introducción

La perforación espontánea del colédoco en el niño, es una patología muy poco frecuente.

El primer caso fue publicado en 1932 por Dijkstra<sup>(1)</sup>, en un lactante de 3 meses que murió 5 semanas después y presentó ictericia progresiva y distensión abdominal. La autopsia mostró la existencia de una perforación en la unión cisto-coledociana.

## Caso clínico

Nuestro caso se presentó en una lactante de 9 meses, cuyo peso al nacer fue de 3.260 g, sin antecedentes patológicos previos. Cuya enfermedad se manifestó por vómitos de alimentos, depresión neuropsíquica y fiebre de 4 días de evolución.

Al examen: peso 8.200 g, llanto monótono, depresión neuropsíquica, no síndrome meníngeo, punción lumbar normal.

24 horas más tarde: llanto enérgico, abdomen tenso y doloroso, detención del tránsito intestinal.

Radiografía de abdomen: normal  
TR: normal.

A las 48 horas del ingreso: Cuadro clínico incambiado. Nueva radiología de abdomen mostraba elementos compatibles con oclusión intestinal (figura 1).

Se intervino con diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal.

Se realizó una incisión transversa de flanco derecho y se comprobó:

- peritonitis biliar;
- colédoco de 10 mm con una perforación en su tercio inferior, cara posterior de 2 mm.

Procedimiento: cierre de la perforación, soledocostomía con Kehr y drenaje subhepático.

Ingresó en CTI, se realizó antibioticoterapia ampicilina y gentamicina, alimentación parenteral total durante 3 días, luego alimentación enteral. Se realizaron funcional hepático, amilasemia y amilasuria que fueron normales.

Evolucionó bien salvo la persistencia de leucocitosis elevadas.

Se realizó colangiografía por el drenaje de Kehr, al décimo día del posoperatorio y mostró fuga de bilis al peritoneo (figura 2).

Se reintervino, encontrándose peritonitis biliar localizada, tubo de Kehr parcialmente salido.

Procedimiento: coledocoduodenostomía.

Continuó con antibioticoterapia y alimentación parenteral total.

Cuatro días más tarde bilirragia por el subhepático.

Se reintervino nuevamente y se comprobó falla de la coledocoduodenostomía.

Procedimiento: sutura del colédoco y colecistoduodenostomía.

Evolución: fístula biliar externa de alto gasto, cierre espontáneo a los 25 días.

Se realizó colecentellograma que mostró: pasaje del radiofármaco a la luz intestinal, sin evidencias de obstrucción del drenaje biliar (figura 3 y 4).

Se le otorgó el alta en buenas condiciones.

Actualmente la niña presenta un buen crecimiento y desarrollo, encontrándose asintomática, un año después de su enfermedad.

Trabajo del Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Central de las Fuerzas Armadas

<sup>1</sup> Cirujana Pediátrica. <sup>2</sup> Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de setiembre de 1989.

**Correspondencia:** Dra. Magela Do Campo.  
Caramurú 6004. 11400 Montevideo

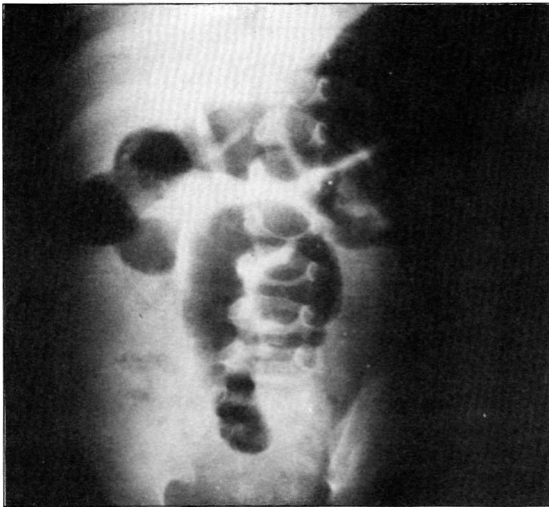


Figura 1. Radiografía de abdomen

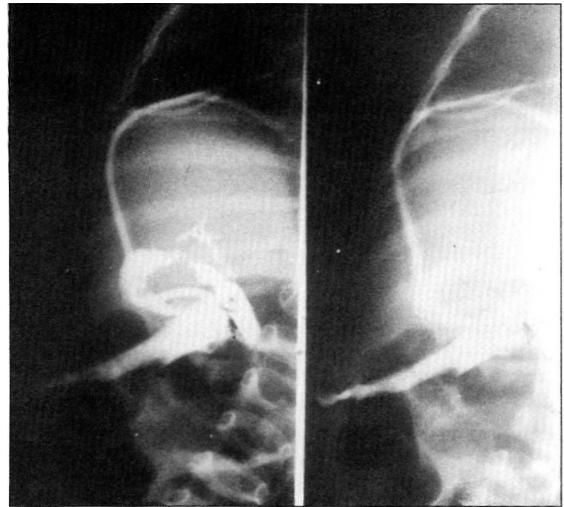


Figura 2. Colangiografía

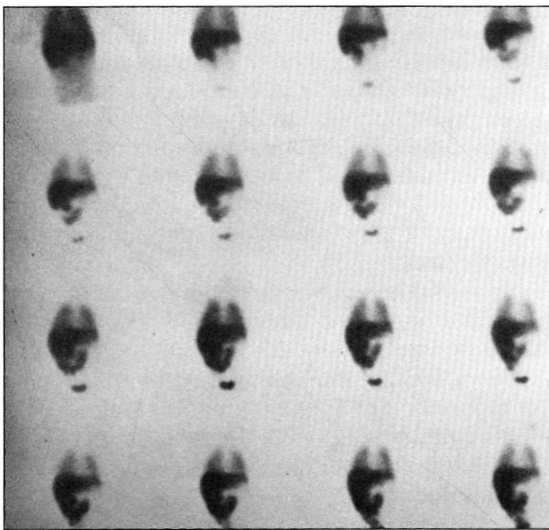


Figura 3. Colecentellograma

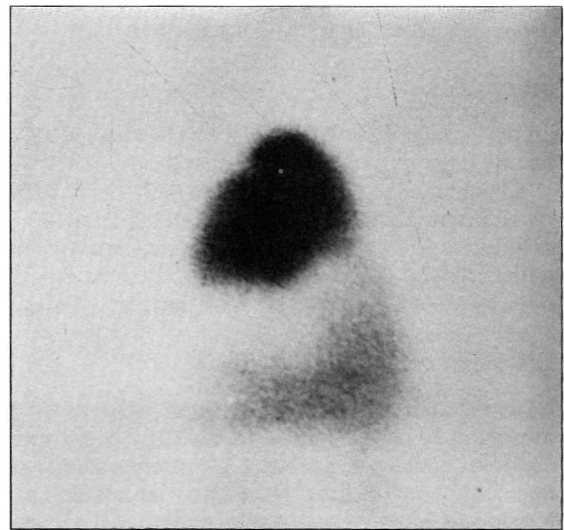


Figura 4. Colecentellograma

### Comentarios

Una revisión de la literatura ha revelado 71 casos entre 1932 y 1988, de perforación espontánea de colédoco <sup>(1-4)</sup>.

Esta patología habitualmente se manifiesta entre la primera semana y los 3 meses de vida, pero se han descrito casos de más edad, el mayor registrado es de 4 años <sup>(1,2,5)</sup>.

Su presentación clínica más frecuente es con ictericia, anorexia, vómitos, leucocitosis elevada, distensión abdominal progresiva y fiebre <sup>(1,2,5)</sup>.

El estado general en la mayoría de los casos es bueno <sup>(5)</sup>.

La perforación espontánea de la vía biliar es una pa-

tología poco frecuente, pero se encuentra en segundo lugar como causa quirúrgica de ictericia en el período neonatal, luego de la atresia de vías biliares <sup>(3)</sup>.

El diagnóstico no siempre se hace antes de la cirugía, muchas veces se intervienen con el diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal <sup>(1)</sup>.

Cuando el paciente se presenta con ictericia y ascitis debería sospecharse el diagnóstico <sup>(4)</sup>; aunque habitualmente el buen estado general del paciente no hace pensar en la peritonitis biliar.

La peritonitis biliar en el lactante no es tan grave como en el adulto <sup>(6)</sup>, por lo que no es raro que estos lactantes tengan buen estado general. Cuando se sospecha esta patología puede realizarse el test con I<sup>131</sup> Rosa de Bengala, que determina cuando el

isótopo se encuentra libre en la cavidad peritoneal, la peritonitis biliar <sup>(1,3,5,7)</sup>.

Habitualmente la perforación se produce en la zona de unión cistocolédociana <sup>(8)</sup>.

La etiología de esta patología no ha sido determinada; según Ohkawa y col creen que existirían causas capaces de provocarla, tales como: trauma, anomalías de la vía biliar, ascariasis, colecistitis, pancreatitis y la bilis espesa <sup>(9)</sup>.

Según Moore infecciones virales podrían causar perforación del colédoco <sup>(10)</sup>.

Otros autores como Johnston han sugerido que el reflujo pancreático sería el causante <sup>(8)</sup>.

Una atractiva teoría de la patogénesis de la perforación espontánea del colédoco en la infancia sería la existencia de una malformación congénita de la pared del colédoco <sup>(3)</sup>.

Se ha sugerido que la perforación espontánea del colédoco y el quiste de colédoco son diferentes manifestaciones de una aberración común en el desarrollo embriológico del colédoco <sup>(3)</sup>.

En muchos casos de perforación espontánea del colédoco se ha encontrado en el acto quirúrgico un saco inflamatorio que rodea al mismo, lo que ha sido a veces interpretado como "rotura de quiste de colédoco".

Esto ha llevado a inadecuados tratamientos con resultados letales <sup>(3)</sup>.

El tratamiento para la perforación espontánea de colédoco es quirúrgico. Resultados fatales se han encontrado cuando se ha tomado conducta expectante.

Cuando el diagnóstico se ha realizado el tratamiento quirúrgico se impone <sup>(1)</sup>.

Diferentes procedimientos quirúrgicos han sido

sugeridos desde el simple drenaje hasta resecciones del colédoco con hepático-entero-anastomosis <sup>(3)</sup>.

La experiencia general en el manejo de esta patología ha señalado que el simple drenaje es el método de elección, otros procedimientos más complejos son habitualmente innecesarios y probablemente no dan siempre buenos resultados <sup>(1,3,11)</sup>.

Nuestro caso difiere con los reportados en la literatura, en que no presentó ictericia y la perforación se encontraba en la cara posterior, tercio inferior del colédoco y no en la unión cistocolédociana como habitualmente se presenta.

## Bibliografía

1. **Hammoudi SM, Alauddin A.** Dhahran Saudi Arabia. Idiopathic Perforation of the biliary tract in infancy and childhood. *J Pediatr Surg* 1988; 23(2): 185-7.
2. **Enell H, Canell B, Malmfors G.** Spontaneous perforations of the common bile duct. *Acta Pediatr Scand* 1979; 68: 625-6.
3. **Lilly J, Weintraub W, Altman RP.** Spontaneous perforation of the extrahepatic bile ducts and bile peritonitis in infancy. *Surgery* 1974; 75: 664-73.
4. **Strinfal G, Mercer S.** Idiopathic perforation of the biliary tract in infancy. *Children's Hospital of Eastern Ontario Ottawa. Ottawa J Pediatr* 1983; 18: 546-50.
5. **Howard E, Johnston D, Nowat A.** Spontaneous perforation of common bile duct in infants. *Arch Dis Child* 1976; 51: 883-6.
6. **Hooper W.** Idiopathic infantile bile peritonitis. *J Pediatr* 1965; 67: 1202-4.
7. **Hansen R, Wasnich R, De Vries P, Sunshine P.** Bile ascites in infancy: Diagnosis with <sup>131</sup>I Rose-Bengal. *J Pediatr* 1974; 84: 719.
8. **Johnsont JH.** Spontaneous perforation of the common bile-ducts in infancy. *Br J Surg* 1961; 48: 532.
9. **Ohkawa H, Takahashi H, Maie M.** A malformation of the pancreaticobiliary system as a case of perforation of the biliary tract in childhood. *J Pediatr Surg* 1977; 12: 541-6.
10. **Moore TC.** Massive bile peritonitis in infancy due to spontaneous bile duct perforation, with portal vein occlusion. *J Pediatr Surg* 1975; 10:537.
11. **Lees W, Mitchell J.** Bile peritonitis in infancy. *Arch Dis Child* 1966; 41: 188.