

COLANGIOPATIAS EN LA INFANCIA

Por los Dres. HUMBERTO J. NOTTI, ABRAHAM GRINFELD y JUAN TOMARCHIO

Hospital "Emilio Civit" (Mendoza). Servicio de Cirugía Infantil y Ortopedia.

(Conclusión)

CASO N° 5. — Perforación de la vesícula biliar en el curso de una tifoidea.

N. N. Z., de 6 años. Ingresó el día 6 de junio de 1937.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y son sanos. Madre ha tenido dos abortos. Hay tres hermanitos vivos.

Antecedentes personales. — Nacida a término; lactancia materna hasta los 5 meses; deambulación normal. A los 3 meses fiebre intestinal; a los 3 años sarampión; a los 4 años escarlatina; a los 8 años coqueluche.

Enfermedad actual. — Los primeros síntomas debutaron el 14 de mayo con decaimiento general y temperatura por las tardes. Tres días después del comienzo, el 17 de mayo de 1937, vómitos frecuentes y temperatura a 40°, presentando, al mismo tiempo, una angina pultácea. Vista por un facultativo diagnóstica gripe, indicando tratamiento en ese sentido.

Como la enferma continuara en el mismo estado, la familia consulta a un segundo colega, que diagnóstica fiebre tifoidea y levanta el siguiente estado actual, el 31 de mayo de 1937, a cuya gentileza debemos su conocimiento (Dr. Cardozo):

"El 31 de mayo fui llamado a su domicilio, constatando un cuadro de una evolución de 16 días, en los últimos de los cuales había mantenido una temperatura que oscilaba entre los 39.5 y 40°, temperatura que se mantenía a pesar de la administración de un febrífugo (quinina), constatando gran adinamia, pulso rápido (135 por minuto) y poco tenso; primer tono cardíaco muy apagado; lengua seca. Abdomen con gran meteorismo; se palpan hígado y bazo; al mismo tiempo se constata oliguria y constipación. Diagnóstico: fiebre tifoidea.

Se hacen las prescripciones del caso. En los días siguientes baja la temperatura, llegando el día 2 de junio de 1937, hasta 36°, acompañándose de sensibilidad abdominal y recrudecimiento de los vómitos; se indica bolsa de hielo permanente al vientre. Continúa la temperatura, oscilando entre 36° a 38°, apareciendo en escena contracciones tónicas

generalizadas en el cuerpo. En todo este período es necesario recurrir a los enemas para evacuar el intestino. El día 5 de junio los vómitos se hacen francamente biliosos; el día 6 a las 5 horas, la enferma es presa de un fuerte dolor en el hipocondrio derecho; gran sensibilidad abdominal, disnea acentuada y tendencia a la hipotermia; vista en este episodio por el médico tratante, diagnóstica perforación del intestino y aconseja su inmediata intervención.

Estado actual. — Ingresó a la guardia el 6 de junio a las 8 horas, con el siguiente cuadro: Pésimo estado general; acentuado decaimiento y postración; obnubilación marcada y sensibilidad muy disminuida; llama la atención en la enferma la intensa disnea, facie angustiosa y de color terroso; expresión de profunda intoxicación. Las pupilas reaccionan lentamente a la luz; lengua seca y roja; a la auscultación de su aparato respiratorio, no llama la atención nada que no sea su disnea; al examen de su aparato circulatorio se constatan 155 pulsaciones por minuto, poco tenso, regular y rítmico. Localmente el abdomen se presenta globuloso; gran timpanismo y dolor a la palpación en toda su superficie. La región subumbilical es blanda. Defensa discreta en el segmento supraumbilical. Matínez hepática conservada; no se alcanzan a palpar ni el hígado ni el bazo. Douglas ocupado, pero no doloroso. Temperatura: axilar, 36°; rectal, 37.2°.

Dado el cuadro que presenta se piensa en perforación de intestino y se decide la intervención.

Cirujano: Dr. H. J. Notti. Ayudante: Dr. A. D. Cereza.

Anestesia local con novocaina. Incisión de Jalaguler; se abre el peritoneo; salida de gran cantidad de líquido purulento de color verdoso, se explora el intestino delgado, que está distendido y muy vascularizado, dejando ver por transparencia las placas de Payer características; ninguna perforación; reconocimiento del ciego y apéndice, no encontrando nada que llame la atención. Se reintegra el ciego en la cavidad abdominal y

dado el color verdoso del líquido que fluye por la herida quirúrgica, se piensa en perforación de la vesícula. Agrandamiento de la incisión hacia el reborde costal, que permite constatar una perforación en el fondo de la vesícula biliar, del tamaño de una lenteja, por cuyo orificio mana bilis de aspecto purulento. Teniendo en cuenta el mal estado de la enferma se procede a drenar la vesícula, introduciendo por el orificio de la perforación un tubo de goma, fijándole mediante una jareta que se aboca a la pared.

Aislamiento de la vesícula mediante dos mechas de gasa, del resto de la cavidad abdominal; se coloca un tubo de Douglas, que drena en forma abundante; incisión superpública. Cierre del vientre en un plano mediante tres puntos de crin.

Postoperatorio: Se prescribe suero glucosado; baño de luz; tónicos cardíacos y hepato esplenol.

La enferma no consigue equilibrarse, su pulso continúa rápido. A las 7 horas de la operación fallece.

CASO N° 6. — Perforación de la vesícula biliar en una tifoidea.

V. S., de 11 años, argentino. Internado en la Sala XI, cama 14, el 25 de noviembre de 1933 y dado de alta, sano, el día 3 de febrero de 1939.

Antecedentes hereditarios. — Fueron 3 hermanos, todos vivos. Dos abortos espontáneos.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta los 13 meses. Caminó al año de edad. Sarampión a los 3 años. Coqueluche a los 4 años.

Enfermedad actual. — Desde el día 2 de noviembre los padres notan al niño decaído, con inapetencia pertinaz, constipación, somnolencia. Ignoran si al comienzo tuvo temperatura. Sigue en estas condiciones, por lo cual lo hacen ver por un colega en el Hospital "San Antonio". Prescribe bebida intestinal. Como el niño se agravara lentamente, lo hacen ver por otro colega en la Sala de Primeros Auxilios de las Heras. Sigue sin mejoría, por lo cual lo ponen en cama en forma permanente el día 10 de noviembre y lo hacen ver por un tercer colega, quien indica hielos al vientre, unas vacunas por boca y dieta.

El niño ya tenía 39° de temperatura; heces fetidísimas, color marrón oscuro, diarreas, tres veces al día. Continúa con temperatura, que oscila entre 38.5° y 39.7°, hasta el día 21 a las 16 horas, en que aparecen fuertes dolores de abdomen, sobre todo localizados en el epigastrio e hipocondrio derecho, y que se irradiaba "hacia la cintura". Tuvo 8 vómitos ese día, color borra de café. La temperatura cae hasta 36.2°. Sigue con bolsa de hielo. Tónicos cardíacos.

Al día siguiente continúan los dolores intensos en forma intermitente. La temperatura llega a 35.6°. Como continuara en ese estado y el enfermo se agrava, hacen una consulta los Dres. Brandi y Fontana. También lo ve el Dr. Horenstei. Aconsejan internarlo, lo que se hace ese mismo día 23 en la noche, en la Sala X (Clínica de Niños del Hospital "Emilio Civit").

Al día siguiente, uno de nosotros (Notti) ve al niño conjuntamente con el Jefe de dicho Servicio, Dr. Pedro Rez Mazzud y levantan el siguiente estado actual: niño con mal estado general; 36.3° de temperatura. Pulso: 120 por minuto, regular, hipotenso. Piel: seca. Micropoliadenopatía. Ojos: pupilas regulares, iguales, reaccionan lentamente a la luz y a la acomodación. Boca: lengua roja y seca. Corazón: tonos apagados. Punto, se ausculta algo por fuera y por debajo de la tetilla. Abdomen: discretamente timpanizado, doloroso en su totalidad, pero sobre todo en el hipocondrio derecho; la palpación es posible con cierta dificultad en el abdomen inferior; en el abdomen superior, y sobre todo en el hipocondrio derecho, encontramos defensa muscular, dejándose palpar difícilmente un matete, del tamaño de una palma de mano, inmediatamente por debajo del borde del hígado. A la percusión persiste la matitez hepática agrandada unos cuatro traveses de dedo hacia abajo.

Tacto rectal negativo. Ha habido una evacuación diarreaica.

Con diagnóstico de una colecistitis y pericolecistitis, se deja en observación con dos bolsas de hielo al vientre, suero glucosado subcutáneo, Murphy, digitaline y solución de clorhidrato de adrenalina.

En la tarde el cuadro no ha variado marcadamente. Temperatura: 38°.

El análisis de sangre efectuado en el Laboratorio del Hospital "Emilio Civit" hecho por el Dr. Castillo, da el siguiente resultado: Eberth: 1 por 25 hasta 1 por 400 positiva; paratífus A y paratífus B: 1 por 25 a 1 por 800 negativo; glóbulos rojos: 5.000.000; serie mielóidea: 74 %; serie linfóidea: 26 %; polinucleares neutrófilos: 62 %; gr. mononucleares: 8 %; polinucleares eosinófilos: 0 %; linfocitos: 18 %; polinucleares basófilos: 2 %; F. de transición: 10 %; serie roja: hematies normales.

A 6 horas del día 25 el niño tiene un dolor intenso en el hipocondrio derecho, "como si algo se hubiera reventado" (palabras textuales del niño). Enfriamiento, sudor abundante, cianosis, disnea, postración intensa, vómitos porraceos, 36° de temperatura, pulso filiforme: 170 por minuto.

Abdomen doloroso en toda su superficie, pero sobre todo a nivel del hipocondrio derecho, donde la defensa es muy marcada. Timpanismo. Tacto rectal negativo.

En estas condiciones se hace el diagnóstico de perforación de la vesícula biliar y se comunica a los padres del enfermito el estado de gravedad, proponiéndoles la operación. Habiendo accedido los padres, se procede a la intervención, que se efectúa el día 25 de noviembre a las 11 horas, haciendo previamente suero glucosado, Ouabaine.

Cirujano: Dr. Humberto J. Notti. Ayudante: Dr. Horacio Ferrer.

Anestesia general éter y anhídrido carbónico.

Laparatomía pararectal superior derecha. Al abrir el peritoneo sale abundante pus mezclado con bils de consistencia struposos. Se defiende el peritoneo inferior con gasa y se busca la vesícula biliar. Se encuentra agrandada, de color rojo vinoso, cubierta de membranas. La parte media de la cara inferior se presenta de color marrón, muy friable y tiene dos perforaciones del tamaño de una lenteja cada una y separadas por una delgada membrana. Se corta esta membrana, se observa la mucosa, que se presenta negruzca, se coloca un tubo de goma fijado por una jareta de catgut y se aboca al extremo superior de la incisión. En el extremo inferior se deja un lecho de gasa.

No se deja drenaje en el abdomen inferior, el que no se ha tocado. Se hacen 400 cc de suero glucosado y 5 cc de aceite alcanforado, dos veces el día de la operación.

En la noche se le hace Murphy con suero glucosado bicarbonatado con adrenalina. Digibaine. Esa noche el enfermo logra dormir algo; ha orinado. A la mañana siguiente, el estado general ha mejorado; pulso: 120 por minuto, regular, más tenso; 37° de temperatura axilar. La temperatura sigue en ascenso hasta llegar el 1° de diciembre a 39.5°. El pulso ha seguido regular, tenso, 120 a 130 por minuto. El día 30 de noviembre aparece una parotiditis derecha, que paulatinamente edematiza toda la mitad derecha de la cara, cerrando por completo los párpados correspondientes. Se le hace Propidon, Rayos Infrarrojos. Septicemine.

El día 4 de diciembre se opera la parotiditis, saliendo poco pus el primer día, pero aumentando paulatinamente la secreción, hasta hacerse abundante y muy espesa. La temperatura se mantiene alta hasta el día 7 de diciembre, 39.5°. Después sigue descendiendo en lisis. El día 9 de diciembre se saca el tubo de drenaje. El 11 se sacan las gasas y se hacen curaciones planas. Hasta 3 días después de la operación salía abundante pus; después ha predominado la bils, siendo, finalmente, esta última en estado de pureza, la que es eliminada por la herida.

Se le administra alimento cada dos horas, día y noche, compotas, jalea, bizcochos, leche condensada, sopitas espesas en caldo de verduras, jugos de frutas. Las materias feca-

les estaban bien digeridas y salían coloreadas. Se forman abscesos en ambas piernas, que es necesario abrir. Se le da redoxon y urotropina por boca. Sigue mejorando su estado general, hasta el día 18 de enero, en que aparece una complicación, que desaparece en 9 días.

Localmente también mejora, pues la secreción biliar por la herida va disminuyendo en cantidad, hasta el día 29 de enero, en que cierra por completo.

El día 3 de febrero es dado de alta sano. Solamente a nivel de la parótida sale un poco de seropus.

El día 10 de febrero se lo vuelve a ver. Su estado general es excelente. Pesa 27½ kg. La herida abdominal está cerrada. La herida a nivel del ángulo maxilar derecho sigue dando menos cantidad de seropus, pasando algunos días sin dar secreción.

Febrero 21 de 1939: Sigue bien. La herida a nivel de la parótida hace 3 días que no da secreción.

Octubre 29 de 1941: Excelente estado general, no habiendo tenido ningún trastorno a nivel de sus heridas.

CASO N° 7. — Colecistitis tífica perforada; perforación de ileon.

D. M., de 11 años, argentino. Historia N° 3,174. Sala IX. 16-IV-47.

En la Sala de Clínica Infantil se levanta la siguiente historia clínica con fecha 27-II-47.

Antecedentes hereditarios. — Padre dice ser sano; madre fallecida hace 2 años (meningitis); 5 hijos: 1 fallecido al año de edad (bronconeumonía); los demás sanos. Colaterales sin importancia.

Antecedentes personales. — Nacida a término de embarazo y parto normales; lactancia materna exclusiva hasta el año; posteriormente alimentación mixta (sopa, puré). Dentición, locuelas y deambulación en épocas normales.

Coqueluche a los 9 meses; sarampión a los 8 años.

Enfermedad actual. — Comienza su enfermedad hace alrededor de 20 días, con hipertermia, vómitos los primeros días, constipación y luego deposiciones tipo diarreica, cefaleas intensas, molestias abdominales sin localización, gran decalimiento.

Estado actual: Mal estado nutritivo, ligeramente obnubilada, hipertermia (39.5° axilar).

Labios secos con fuliginosidades; lengua roja, seca, istmo de las fauces congestivo.

Pulmones: Broncoalveolitis difusa.

Corazón: Taquicardia, tonos ligeramente apagados.

Hígado: En sus límites normales; bazo se palpa, estando algo agrandado. Resto del abdomen nada de particular.

Se somete al tratamiento clásico.

10-III-47: Se nota francamente mejorada; se alimenta con apetito; está apirética y contenta.

Así continúa hasta el 26-III-47, en que presenta fuerte dolor agudo en el hipocondrio derecho, con defensa marcada, que no permite la palpación visceral. Se coloca bolsa de hielo y reposo absoluto; se hace plasma, suero glucosado y fisiológico, redoxón, coramina.

Continúa con el mismo cuadro durante 48 horas, al cabo de las cuales se generaliza el dolor abdominal.

En todo este tiempo ha habido pequeñas febrículas (37.2° a 37.4°).

Los dolores abdominales van disminuyendo, pero aparece ascitis, por lo cual el 4-IV-47 se hace una punción abdominal, extrayendo 150 cc del líquido siruposo, color verde aceituna.

El 14-IV-47, en la noche, la enfermita tiene un colapso, disnea, pulso filiforme, quejido, enfriamiento de las extremidades. El Jefe del Servicio de Clínica Médica hace una nueva punción, extrayendo 200 cc de líquido semejante al anterior.

Al día siguiente es enviada a nuestro Servicio de Cirugía Infantil y Ortopedia, decidiendo la intervención, la que se hace el 16-IV-47, pues recién pudo conseguirse la autorización de los padres. Se levanta previamente el siguiente estado actual: niña muy adelgazada, lúcida, psiquismo correspondiente a la edad. Piel seca, caliente; lesión eritematosa; escamosa en comisuras labiales; escaras en nalgas. Micropoliadenopatías.

Cabeza, cuello, tórax y pulmones: Nada de particular.

Corazón: Soplo sistólico; pulso hipotenso. Presión mx. al baumanómetro: 7½.

Abdomen: Tenso, ombligo desplegado, matitez hídrica en región subumbilical; onda líquida; doloroso en toda su superficie.

Reflejos: Cutáneos y tendinosos conservados.

Exámenes de Laboratorio:

1°-III-47 (Dr. Laciari): Hemograma: hematies: 3.900.000; leucocitos: 4.800; granulocitos: 72%; linfocitos: 27.1 monocito; polinucleares segmentados y en banda; ligera anisocitosis, marcada hipocromía.

4-III-47 (Dr. Laguinge): Widal y Huddleson: negativos.

15-III-47: Widal: Eberth O aglutina 1/160. Paratífus A y B: negativos. Huddleson: negativa. Líquido punción abdominal: 7-IV-47. Bacteriológico: escasa cantidad de gérmenes; no hay Koch. Citológico: abundantes elementos figurados constituidos por polinucleares destruidos. Sedimento: abundantes leucocitos granulosos y glóbulos de pus. Algunos hematies. Pus: contiene. Sangre: vestigios. Bacteriológico: no existen gérmenes.

Con el diagnóstico de peritonitis tífica por perforación de la vesícula biliar, el 16-IV-47 se efectúa la operación con anestesia local.

Cirujano: Dr. Humberto J. Notti. Ayudantes: Grinfeld y Rivero Laza.

Laparatomía supraumbilical pararectal derecha. Abierto peritoneo sale abundante cantidad de líquido amarillo verdoso, con múltiples trozos de fibrina pigmentadas del mismo color. Levantando el hígado se encuentra la vesícula retraída y con amplia perforación, que toma fondo y cara inferior, del tamaño de una moneda de 20 centavos.

Se explora el intestino y se encuentran los últimos 20 centímetros de ileon con paredes infiltradas, edematosas de color rojo violáceo, con peritoneo equimótico y una perforación del tamaño de un grano de maíz rodeado por halo blanquecino. Por esta perforación sale contenido intestinal. El peritoneo, en general, está despuddido.

Se sutura el intestino y se efectúa colecistostomía. Drenaje suprapúbico. Se hace transfusión de 200 cc de sangre, suero glucosado isotónico y fisiológico subcutáneo, coramina, Murphy, carpa de oxígeno. Se continúa con el mismo tratamiento, pero la enferma se agrava y fallece el 18-IV-47.

Autopsia. — No se encuentran perforaciones en otros sectores del intestino. Consideramos que esta enfermita hizo su complicación el 26-II-47, con una colecistitis y pericolecistitis; 48 horas después se perforó la vesícula y posiblemente el 14 de abril se hace la perforación del ileon.

CASO N° 3. — Colecistitis aguda purulenta. Apendicitis crónica.

J. G., de 12 años, argentino. Historia N° 6597. Sala X. Ingresó: 25-VII-49. Alta: 20-VIII-49.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos; 4 hermanos, 1 de ellos con Heine Medin; 3 abortos espontáneos de menos de 3 meses.

Antecedentes personales. — Lactancia materna hasta el año de edad; locuelas y deambulacion se efectuaron normalmente.

Tuvo sarampión y difteria. Por amígdalas purulentas fué amigdalectomizado. Fué operado de criptoquirúdea derecha.

Enfermedad actual: Desde hace aproximadamente 2 años, el niño sufre de dolores difusos de abdomen, siendo más marcado en hipocondrio derecho; acompañado de náuseas, pero sin temperatura ni diarrea. Visto por un colega le diagnostica afección hepática.

Estado actual: Buen estado nutritivo; psiquis correspondiente a la edad.

Piel: Sistema ganglionar. Cabeza, mucosas, cuello, tórax, pulmones, corazón: nada de particular.

Abdomen: Simétrico, indoloro. Bazo: no se palpa.

El hígado a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal.

En el hipocondrio derecho se palpa una tumoración alargada, dolorosa, que presenta movimientos laterales; existe ligera contractura de pared a ese nivel. Mc Burney doloroso a la presión profunda.

Resto del examen sin particularidades, salvo temperatura axilar, que oscila entre 37.5° y 39°.

El hemograma efectuado por el Dr. Laguinge da el siguiente resultado: glóbulos rojos: 4,390,000; leucocitos: 16,100 con 69 % de neutrófilos y basófilos: 0.5.

Se decide la intervención quirúrgica el 28-VII-49.

Anestesia general de éter y CO₂.

Cirujano: Dr. Humberto J. Notti. Ayudante: Dr. Juan Tomarchio.

Laparotomía: Jalaguier alta. Abierto el peritoneo se encuentra un ciego y colon ascendente muy móvil, apéndice largo con adherencias. Apendicectomía típica con jareta.

Se explora el hígado, el que se encuentra agrandado, pero de aspecto normal; la vesícula grande, que no se vacía con la presión manual.

Se punza y se extraen 25 cc de bilis oscura espesa. Se secciona el fondo de la vesícula, que es gruesa y se extraen otros 20 cc de bilis purulenta con grumos. Se coloca una sonda de Pezzer, que se fija con jareta a la vesícula; lecho de gasa a la sonda.

Se efectúa una colangiografía operatoria y el Dr. Márquez Quiroga informa (30-VII-49): "Colédoco fino y que drena normalmente en el duodeno. No se observa litiasis

Alta sano el 20-VIII-49.

Observado periódicamente hasta el mes de agosto de 1950 el niño no ha vuelto a sufrir de su abdomen.

CASO N° 9. — Cirrosis hepática. Ictericia mecánica por malformación de vías biliares. S. del C. S., de 6 meses, argentina. Peso: 5 kg. Historia Clínica N° 5,489. Sala IX. 27-X-49.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nacida a término de embarazo y parto normales, lactancia materna exclusiva hasta la fecha.

A los 6 días de su nacimiento se pone amarilla con deposiciones blancas y orinas muy cargadas como té oscuro. Por este motivo la hacen examinar por un médico, el que le indica un colagogo y glucolín; como continúa en igual estado es nuevamente llevada al colega, el que agrega necrotón, onquemine y gotas lactadas. Hace 10 días es internada en la Sala XIII, pues su sintomatología se había acentuado. Allí se le coloca suero glucosado isotónico, extracto hepático, onquemine.

El día 27-X-49 es internada en nuestro Servicio, levantando el siguiente estado actual:

Enferma distrófica, de psiquis libre. Piel color amarillo verdoso; mucosas de color amarilla. Tejido celular subcutáneo escaso. Cráneo tabes. Ictericia intensa en conjuntivas bulbares. Angioma de labio superior.

Cuello, tórax, pulmones, aparato circulatorio: Nada de especial.

Abdomen: Vientre de batracio; cicatriz umbilical desplegada.

Circulación colateral tipo porta-cava-superior. A la palpación del abdomen se presenta tenso, renitente.

Hígado: Se palpa el borde inferior a la altura de una línea horizontal que pasa por el ombligo; es duro y con la forma del órgano conservado. Bazo: se palpa su polo inferior.

Percusión: Matitez hipogástrica que asciende por los flancos en forma de media luna.

Resto del examen: Nada de especial.

Exámenes de laboratorio: Dr. Laguinge:

28-X-49: Kahn: madre y niña negativas. Bilirrubinemia: H. V. den Bergh. Reacción directa: positiva franca inmediata; indirecta: 79.8 mgm o/oo.

Orina: Raros hematias; pigmentos y sales biliares y urobilina: contiene.

Hemograma: Rojos: 4,030,000; Hb: 72 %; valor globular: 0.90; leucocitos: 20,100 con 28.6 %; neutrófilos: 7; eosinófilos: 62 linfocitos.

5-XI-49: Bilirrubinemia H. V. den Bergh: reacción directa: positiva inmediata; indirecta: 54 mgm o/oo en suero sanguíneo.

Tratamiento (27-X-49): Suero glucosado yotónico; redoxon, sinkavit, benerva, plasma; alimentación: pecho.

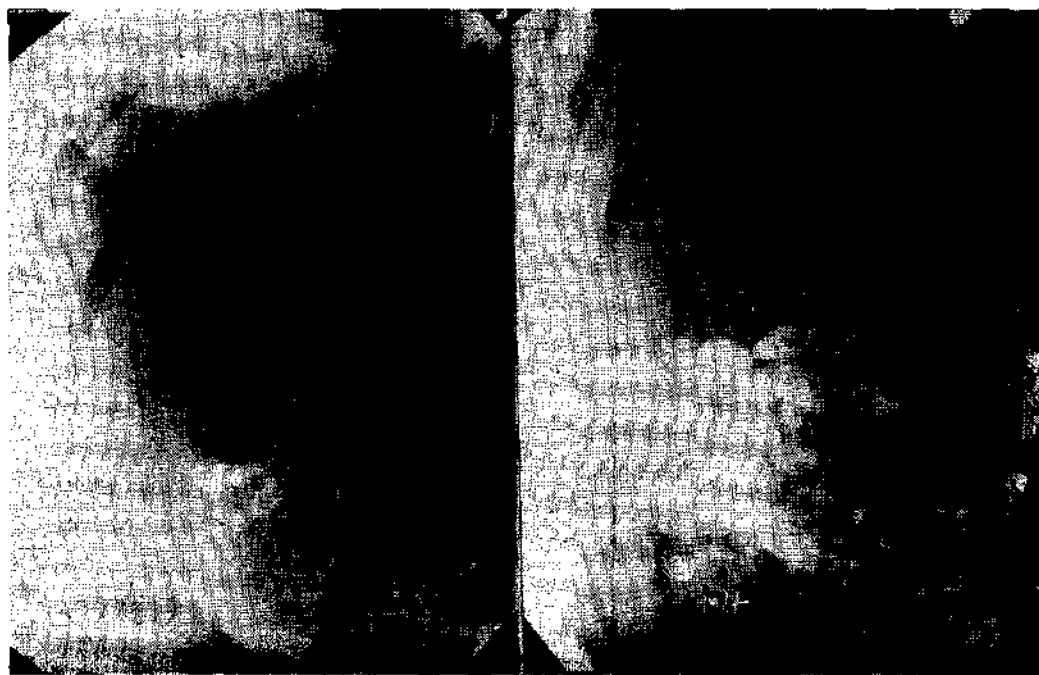
Se decide la intervención quirúrgica. Anestesia con éter y oxígeno (Dr. Dip) (1°-XI-49).

Cirujano: Dr. Rodríguez Ruiz-Conde. Ayudantes: Dres. Giunta y Cussac.

Se hace punción abdominal. Incisión de Mayo. Abierto el peritoneo sale abundante líquido bilioso, que sumando el extraído por punción pre-operatoria, suman 600 cc más o menos. Hígado de color gris pizarra, con fondo verdoso, aumentado de tamaño; la vesícula biliar no se visualiza. Se incide la serosa de epiplón gastrohepático, puncionándose el colédoco, dando la sensación de ser un cordón fibroso. En el hilio hepático se observa una tumoración del tamaño de una cereza, que punzada, da bilis; se incluye y se coloca una sonda de Pezzer, que se fija con puntos de seda. Se colocan tres rubberdam, que se sacan conjuntamente con la sonda de Pezzer, por una incisión en el flanco derecho.

Cierre de la pared en un plano con puntos metálicos.

Se efectúa por la sonda de Pezzer una inyección lipiodol y el Dr. Márquez Quiroga



Caso N° 10.

informa el resultado: no se observa relleno del colédoco, y por ende, tampoco hay pasaje al duodeno.

Post-operatorio: La sonda casi no drena bils, desnutrición rápida, meteorismo, constipación, disnea, el sensorio se va obnubilando progresivamente. La ictericia no se ha modificado.

Se ha continuado con el tratamiento medicamentoso y alimenticio del pre-operatorio. Fallece a los 3 días de la operación (6-XI-49).

Resultado de la necropsia: Se constata lo observado durante el acto operatorio. Desechadas las vías biliares extrahepáticas se encuentra una marcada atresia de la vesícula y conductos cístico y colédoco y la gran dilatación en lago del hepático.

CASO Nº 10.

C. A. M., de 11 años. Talla: 1.31. Peso: 36 kg. 22-II-50.

Antecedentes hereditarios. — Dato de interés: la madre presenta desde la adolescencia una atonía vesicular con trastornos dispepticos marcados.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión, coqueluche, escarlatina, varicela.

Enfermedad actual. — Desde hace 9 meses inapetencia, dolores en hemiabdomen dere-

cho, constipación, sintomatología ésta que se acentúa periódicamente. Hace 4 meses dolor franco en la fosa iliaca derecha y flanco del mismo lado.

Con diagnóstico de apendicitis aguda es operada, extirpándose un apéndice congestivo y con algunas adherencias.

El 15-II-51 presenta vómitos, timpanismo, constipación, repulsión por los alimentos, dolor intento en el hipocondrio y base del omoplato derecho, tipo cólico biliar; apirexia. Se le administra un colerético, régimen alimenticio y bolsa de hielo, mejorando francamente en algunos días.

Se le efectúa una colecistografía y el Dr. Orfila informa que existe una colecistatonia.

El examen parasitológico de heces es negativo.

Conclusiones.

1º) Los tratados clásicos consideraban como curiosidades las enfermedades de las vías biliares en el niño; pero los adelantos en las exploraciones clínica, quirúrgica, de laboratorio y radiológica, como así también los hallazgos de autopsias y el hecho que se tengan presente más habitualmente ante un caso clínico, han permitido demostrar el error de sus autores.

2º) Las afecciones congénitas o adquiridas de las vías biliares han dado lugar a gran número de publicaciones en los últimos años, pero es necesario insistir sobre las mismas para que el pediatra o el cirujano piensen con más frecuencia en ellas ante una dolencia abdominal aguda, subaguda o crónica, o ante un recién nacido con ictericia congénita o muy precoz e irreductible.

3º) Presentamos una casuística constituida por 10 casos de afecciones de las vías biliares extrahepáticas recogidas en los últimos 13 años en nuestro Servicio del Hospital "Emilio Civit", de los cuales: 3 colecistitis calculosa, 1 colecistitis aguda alitiásica, 1 litiasis del colédoco con colecistitis purulenta, 3 perforaciones de la vesícula biliar en el curso de la tifoea (en una de ellas, además de esta perforación, se había hecho una de íleon), 1 malformación congénita de las vías biliares extrahepáticas y 1 colecistatonia.



Caso Nº 10.

4º) El menor de nuestros litíasicos tenía 4 años y el mayor, 13. En cuanto al sexo: 3 mujeres y 1 hombre.

5º) Al examinar un niño con dolores abdominales a repetición con o sin ictericia, con trastornos dispépticos rebelde, con diarreas post-prandiales, jaquecas, vómitos, aerofagia, etc., debemos tener presente al hígado y sus vías de excreción como posible causante de la sintomatología.

Puede, sin embargo, el cálculo o la colecistitis no dar manifestaciones patológicas (forma latente).

6º) En un gran porcentaje de casos, junto con las lesiones de las vías biliares extrahepáticas, existen alteraciones del hígado, demostrables por la biopsia y los tests de laboratorio. Es un dato de interés para el cirujano para preparar adecuadamente su enfermo en el preoperatorio y para el cuidado post-operatorio. También es de importancia para el clínico.

7º) Teniendo en cuenta esto y la patogenia aceptada actualmente de la litiasis de las vías biliares, la eliminación del cálculo es una parte del tratamiento, pues existen junto a él condiciones normales del organismo, que es necesario seguir tratando. Los progresos de la higiene y de la dietética juegan en este sentido un gran rol.

8º) "La colecistitis no calculosa es proporcionalmente más frecuente en el niño que en el adulto, aunque en la infancia la mayoría de ellas puede vencerse por métodos incruentos o evolucionar hacia la curación espontánea". (Roviralta).

9º) En la patogenia de la litiasis se admiten dos factores: uno vesicular (colecistitis), disentido por alguno, y otro humoral.

10) La hipercolesterinemia no es constante en los litíasicos, aunque es la regla en la convalecencia de la eberthiana, que es incriminada como una de las causas más efectivas de la formación de estos cálculos.

11) Los cálculos de colesterinas son los más frecuentes, siguiéndole en or-

den decreciente: los mixtos (colesterina y pigmentos biliares); los pigmentarios (especialmente de bilirrubinato de calcio). Se encuentran en los procesos de hiperhemolisis, por ejemplo en la ictericia hemolítica, sobre todo en la forma congénita, donde puede haber hasta 100 veces la tasa normal de bilirrubina; le siguen los cálculos de carbonato de calcio y aquellos que tienen parásitos como núcleo.

12) En el colédoco pueden existir cálculos primitivos o secundarios (por migración) y en ambas situaciones, si prolongan su permanencia, provocan una dilatación de las vías biliares, como sucedió en el caso N° 4 estudiado por nosotros.

13) La colecistitis tífica perforada desconocida da una mortalidad del 90-95 %; en cambio, la intervención quirúrgica da un 60 a 75 % de curación (H. Mondor).

14) El neumoperitoneo constatado con la radiografía abdominal es un factor importante para diferenciar la perforación de la vesícula de aquélla del intestino. Al mismo fin conduce la localización del dolor al comienzo del cuadro abdominal. Todo esto tiene importancia para elegir la vía quirúrgica y evitar el shock por manoseo innecesario del intestino.

15) En el curso de la tifoidea la perforación vesicular puede ser solapada, por lo cual debe observarse muy atentamente todo individuo con una eberthiana.

16) La perforación de la vesícula biliar en el curso de la fiebre tifoidea en el niño es más frecuente que en el adulto (Fevre).

17) La fiebre tifoidea puede producir una peritonitis generalizada, por perforación de la vesícula o por simple propagación (peritonitis biliar).

18) En los 3 casos nuestros de perforación de la vesícula biliar en el curso de la tifoidea hemos efectuado una colecistostomía.

19) Al atender un niño que nace con ictericia obstructiva o que ésta aparece hasta 2 ó 3 semanas después del mis-

mo, debemos pensar en las malformaciones congénitas de las vías biliares. Esta conducta permitirá salvar algunas vidas, efectuándole la terapéutica quirúrgica.

20) El diagnóstico diferencial debe hacerse con la ictericia fisiológica, las hemolíticas, las eritroblásticas y las debidas a infecciones agudas o crónicas. Las debidas a malformaciones tienen como manifestaciones más típicas: aumento de la tasa de bilirrubina, sobre todo de la directa; coluria y acolia. Por impregnación de todos los humores pueden aparecer heces coloreadas.

21) Las disquinesias de las vías biliares pueden dar una sintomatología abdominal, haciendo pensar en afecciones como la apendicitis aguda, coledocistitis, cálculo del riñón derecho, etc.

Summary.

The author reports 10 cases of diseases of the gallbladder and bile ducts seen during the last 13 years at the "Emilio Civit" hospital. These 10 cases were subdivided in: 3 cholelithiasis, 1 cholecystitis, 1 choledocholithiasis with a purulent cholecystitis, 3 perforations of the gallbladder during typhoid fever, 1 congenital malformation of the bile ducts and 1 colecystathony.

In many of the cases of cholelithiasis there are concomitant liver changes that can be demonstrated either by biopsy or by liver function tests.

The author reviews very thoroughly the different clinical manifestations of the biliari calculi, their pathogenesis and treatment. The basis for the differential diagnosis of jaundice in the newborn period is analyzed.

Bibliografía.

ACUÑA, M. — A. A. de Pediatría. Año XII, Tomo XV, N° 1. 1941.
 AGOTE, LUIS. — "La litiasis biliar en la República Argentina". 1920.
 BAZAN, F. y SUJOY, E. — "Colecistitis tífica en el niño". El Día Médico. Año XIX: 3, 1947.

BEHREND, MOSES. — "Enfermedades de la vesícula y órganos relacionados". 1949.
 BERTHELEMY, G. — "Contribution a l'étude des angiocholecystitis typhiques". París, 1909.
 CHIRAY y PAVEL. — "La vesícula biliar". 2ª ed., 1936.
 DEGHURTZ, R.-ECKSTEIN. — "Tratado de Pediatría". 1935.
 DONOVAN, RICARDO E. — Duodécimo Congreso Argentino de Cirugía. "Colecistitis litiasicas y alitiasicas". 1940.
 EPPINGER, HANS. — "Enfermedades del hígado". 1941.
 FEVRE, M. — "Chirurgie Infantile d'urgence". 1933.
 FRENTALI, GINO. — "Manual de Pediatría". 1937.
 GARRAHAN, JUAN. — "Medicina Infantil".
 HIMSUWORTH, H. P. — "El hígado y sus enfermedades". 1949.
 LADD and GROSS. — "Abdominal Surgery of Infanced and Chikhood". 1949.
 MARCOS, JULIO R. y MUNILLA, ALBERTO. — "Estudios de Pediatría". 1949.
 MONDOR, H. — "Diagnostics urgents". 1933.
 MENEGHIELLO, JULIO. — "Desnutrición del lactante". Mayo de 1949.
 MIRIZZI, P. L. — "Cirugía de la litiasis biliar" (2ª y 3er. cursos). 1943-1945.
 NOTTI, H. J. y CEREZA, A. — "Boletines y trabajos de la Academia de Cirugía del 24 de noviembre de 1937" (relato de A. Pawlovsky).
 NOTTI, H. J.; FERRER y GRINFELD. — Item del 14 de mayo de 1941 (relato de Velazco Suárez).
 NOTTI, H. J. — "Insuficiencia hepática en el niño". Boletín de la Sociedad Médica de Mendoza. Mayo de 1948.
 PAVLOVSKY, A. J. — "Abdomen agudo quirúrgico en el niño".
 ROVIRALTA, EMILIO. — "El abdomen quirúrgico".
 RODRIGUEZ CASTRO. — "Colecistitis y coledocistitis en el niño". (Anales del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil. Dr. Luis Morquio. XVII Curso de Perfeccionamiento).
 ROSENTHAL, F. — "Enfermedades del hígado y de las vías biliares".
 TURRO, OSCAR. — "Abdomen quirúrgico del lactante mayor".
 RECALDE CUESTAS, J. C. y TEJERINA FOTHERINGAN, W. — "Peritonitis biliar sin perforación (con infección tífica). Rev. Soc. Pediatría de Rosario, abril, mayo y junio de 1939.
 VARELA FUENTES, B. y MUNILLA, A. — "Patología digestiva". Tomo II.