COLECISTITIS Y COLELITIASIS EN NIÑOS DE CONCEPCION

Drs. RAUL MELO M. y DANIEL CAMPOS M.

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Regional. Concepción.

La Colecistitis y la Colelitiasis no son tan raras en el niño como se pensaba¹ y cada año se presentan nuevos casos. Glenn y Hill² analizan la revisión de Potter, modificada por Ulin³, desde 1722 hasta 1948 y concluyen que los casos de enfermedad primitiva de la vesícula biliar, comprobadas en niños, no alcanzaban a 400, lo que da una incidencia de 0,28% para la edad de 0 a 15 años en comparación con 11,6% que se obtiene en adultos mayores de 20 años, lo que hace que este sea un problema de escasa importancia. De nuestro Hospital Clínico Regional de Concepción, obtenemos las siguientes tasas: niños 0,29% (1948) adultos 1,3% (1948) 2,4% (1951), (se trata de tasas anuales aisladas). Sin embargo, la sintomatología propia de la vesícula enferma se suele observar, pero pasa sin reconocerse durante años.

Tiene importancia en el estudio de esta enfermedad su asociación con alguna otra enfermedad sistemática aguda, como septicemia por estreptococo hemolítico, fiebre tifoidea, erisipela, salmonelosis, (caso de Bonta)⁴. La ectasis y la concentración biliar son favorecidas por la deshidratación ya sea por fiebre o por falta

de oferta líquida y la medicación anti-dolorosa (codeína, morfina), pues provocan una disquinesia de la vesícula, la que a su vez se hace así más susceptible de infectarse por vía hematógena. Bien entendido que la afección vesicular en el niño es secundaria en importancia a la infección general, lo que no sucede en el adulto, en que la afección crónica vesicular es la que prima. Sin embargo, el tratamiento operatorio del cuadro vesicular produce en el niño, muchas veces, una mejoría general. Una historia de ictericia rara vez indica en el niño la existencia de enfermedad vesicular. La ictericia obstructiva extrahepática de la colecistitis infantil se debe a la inflamación del conducto colédoco y de los tejidos vecinos más bien que a su obstrucción por cálculos⁵.

En los niños puede confundirse con malformaciones congénitas de las vías biliares⁶ o con apendicitis (2,3 y 7), viéndose en estos casos que el enfermo no cura con la apendicectomía, lo que lleva a corregir el diagnóstico. También se confunde con hepatitis⁴.

En la literatura, Cienfuegos¹ revisa la casuística de Inostroza, Prieto, Alonso, etc., y con Espinoza analiza 71 autopsias de ni-

ños en que se encontró alteración de la vesícula biliar como hallazgos concomitantes.

Todos habían fallecido por enfermedad infecciosa o caquetizante. Recalca el concepto de Potter, referente a la colecistitis, en el sentido de que no es solo cuestión de la enfermedad en el momento infantil sino que su conocimiento y su terapéutica pueden prevenir muchas de las dolencias hepáticas, a veces definitivas, de la juventud o de la edad adulta. Bauzá² se refiere en 1951 a la peritonitis biliar física sin perforación y discute su patogenia. *Colecistitis* *

Síntomas: Los síntomas de colecistitis aguda son muy semejantes a los del adulto: dolor intenso en el cuadrante superior derecho del abdomen, náuseas, vómitos y fiebre. Puede encontrarse sensibilidad a la palpación o una masa en el mismo cuadrante. A menudo el cuadro general hace pensar en una obstrucción intestinal y el diagnóstico exacto solo se hace después de abrir el abdomen.

Tratamiento: Aunque en el adulto la enfermedad es habitualmente iniciada por la presencia de un cálculo, en el niño es más corriente el comienzo por una inflamación bacteriana (neumococo, coli o salmonella) sin cálculos. De ahí que los niños sanen más frecuentemente sin ayuda quirúrgica y que el tratamiento pueda ser más conservador que en el adulto: quimioterapia, sedación, aplicación de calor en el abdomen, dieta sin grasa y suave purgante salino.

Si la fiebre y la leucocitosis se elevan y los síntomas locales aumentan, es aconsejable la exploración quirúrgica. Si se encuentra una inflamación aguda de la vesícula, la colecistectomía es el procedimiento de elección, salvo que haya mucho edema que dificulte la ligadura de la arteria y del conducto cístico, en cuyo caso será preferible una colecistostomía.

Colelitiasis *. — Aunque rara, es más frecuente en los niños que la colecistitis aguda.

Síntomas: Dolor, náusea y vómitos recidivantes. Algún cálculo puede localizarse en el cístico o en el colédoco y producir obstrucción biliar intermitente con ictericia y vómitos. Es raro que el niño se queje de dolor en el hombro o espalda como el adulto.

La causa más corriente de colecistitis en el niño es la excreción excesiva de pigmentos durante una anemia hemolítica. Siempre debe pensarse en una discrasia sanguínea e investigarla para hacer tratamiento causal y no solo sintomático como sería la extracción de los cálculos. Colecistografía: sombras positivas si a los cálculos se ha agregado suficiente calcio; negativas, si nó.

En la anemia hemolítica congénita hay brotes de ictericia; si se agrega ictericia por obstrucción, se conocerá por el cuadro clínico de dolor y vómitos, heces acólicas e índices ictericos altos.

Tratamiento: Extracción de los cálculos y colecistectomía si la pared vesicular se ve alterada; si ésta es delgada y de aspecto normal basta con hacer colecistostomía, especialmente si el paciente tiene anemia hemolítica congénita que ha sido o va a ser corregida por esplenectomía dejando pocas probabilidades de que se reproduzcan los cálculos. Si ha habido ictericia obstructiva explorar el colédoco.

Si coexisten anemia hemolítica y colelitiasis, en general, es preferible hacer la esplenectomía primero y después, en una segunda operación, la extracción de los cálculos; por supuesto que se hará a la inversa si hay obstrucción coledociana. Nunca debe hacerse las dos operaciones en una sesión porque el riesgo de shock grave aumenta mucho.

Para el diagnóstico, aún cuando clínicamente los signos y síntomas no difieren de los del adulto, la principal dificultad que se presenta es que por ser poco frecuente no se piense en ella³.

Ulin, al modificar la revisión de Potter, excluye aquellos casos en que hay:

- a) sólo diagnóstico clínico.
- b) diagnóstico asociado con pirexia por enfermedad infecciosa con deshidratación o con falta de alimentación.
- c) asociados a malformaciones, y
- d) asociado a apendicitis perforadas con peritonitis.

Nosotros no nos hemos ceñido a este esquema en lo que se refiere a infecciones pero, sí, al resto de las restricciones.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con: hepatitis infecciosa, cirrosis hepática, apendicitis, cólicos umbilicales, peritonitis sub-aguda o crónica (tbc), úlcera duodenal, hernia de la línea blanca y afecciones renales.

HISTORIAS CLINICAS

1) 241364. S. O. E. Niña de 8 años. Viene de Schwager. El 8-IV-53, presenta bruscamente dolor al hipocondrio y vómitos biliosos. Afebril. A la palpación: dolor intenso en el hipocondrio derecho. El cuadro cede rápidamente a la revulsión y atropina, 1% 1/2 amp., pero sigue presentando repetidas veces dolor de poca intensidad al mismo hipocondrio y ocasionalmente vómitos. El 19-IV-54 se repite la sintomatología con intensidad, acompañándose de fiebre de 38° y como no cediera a la atropina, se le administró media amp. de morfina al 1%, 100.000 U. de penicilina cada 6 horas hasta completar 1.000.000 y a los 8 días estaba bien. Nunca acusó ictericia ni intolerancia por determinados alimentos. Tránsito intestinal normal. No hay antecedentes de ictericia familiar.

Se hospitaliza 11-V-54, 24.500 kgs., 1.18 mt. Buen estado general. Afebril. Catarro faríngeo. Resto del examen físico es negativo. No hay dolor espontáneo ni provocado del hipocondrio derecho. Exámenes: R. Kaba, radioscopia tórax, orina e investigación de parásitos en la deposición: (—).

Sondeo duodenal (18-V-54): no se obtiene bilis B.

Colecistografía (24-V-54) y 5-6: vesícula excluida.

Hemograma (11-VI-54) 4.3 - 0.6.

Esferocitos reg. cantidad: 11.8 - 0.8.

0 - 28 - 0 - 0 - 7 - 40 - 22 - 3.

Resistencia globular: 1: 0.45%, T: 0.30%.

Evolución: Afebril, salvo una que otra febrícula. Solo una vez en el curso de la primera semana de estada presentó dolor al hipocondrio derecho con llanto: pero el examen físico fué siempre negativo.

Se opera el 14-VI-54 con diagnóstico de colecistitis crónica y se comprueba la existencia de una vesícula muy distendida y de dos cálculos del tamaño

de una arveja en el cístico. Colédoco de más o menos 5 mm. de diámetro.

Colecistectomía: Penicilina. No se hizo examen histológico.

Post-operatorio excelente. Alta en buenas condiciones a los 19 días de la intervención. Bilecultivo: (—).

Durante ese periodo se comprobó la existencia de esferocitosis y R. G. disminuida. No ha vuelto a control.

Diagnóstico: Litiasis biliar.

Anemia hemolítica en obs.

Resumen: Niña de 8 años de edad, con molestias vesiculares que datan de un año que llega a operarse comprobándose una litiasis biliar.

En observación: anemia hemolítica. (Cuadro Nº 1).

2) 37709. P. M. C. Niño de 8 años, de Tomé. Sin antecedentes importantes. Ingresa el 7-II-48, porque desde hace 2 meses presenta dolor al hipogastrio, vómitos biliosos, anorexia y meteorismo, molestias que parecían ser causadas por grasas, frituras, carnes gordas, huevos, queso. Peso: 24 kgs. Talla: 1.18; temp. 37.5. Regular estado nutritivo. Hígado a 4 cm del reborde costal. A derecha se palpa un tumor alargado de 8 cm., duro, del grueso de un cigarro, algo doloroso a la palpación. Resto: n/e. Exámenes: Radiografía vesícula: en dos ocasiones informa: "Vesícula excluida". Sondeo duodenal: bilis A - 6.74 mgrs. %, B - 11.36 mgrs. %, C - 6.39 mgrs. %.

Otro exámenes como orina, radioscopia de tórax, etc. (—). Evoluciona bien. No tolera frituras. Se operó a las 72 días de estada con diagnóstico de colecistitis aguda en regresión, el 17-II-48, encontrándose una vesícula grande con líquido a tensión que se extrae en gran cantidad mediante punción y que es transparente e incoloro. Cuatro cálculos en la vesícula. La biopsia (1.788) informa: Colecistitis crónica calcúlosa; hidrops de la vesícula biliar.

CUADRO Nº 1

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES CLINICAS

N.º		Año	Edad	Sexo	Molestias	Diagnóstico	Operación
1)	241364	1954	8 años	F.	1 año	Colecist. cr. calc. Anemia hemolítica.	Colec. cr. calc.
2)	37709	1948	8 años	M.	2 meses	Colecistitis crónica calc.	Colecist. cr. calc. Hidrops vesic.
3)	131972	1948	4 ½ a.	F.	8 días	Cuad. obstruct.	Colecistitis ag.
4)	131037	1948	10 años	F.	más de 10 m. apendicet.	Peritonitis biliar.	Colecistitis cr. calc. Perit. biliar Rup. de la ves.
5)	70643	1953	15 años	F.	6 años	Colecist. cr. anemia hemol.	Colecterostosis. Colecistr. cr. no calc.
6)	24269 (part.)	1951	2 meses	M.	Ictericia vómitos 1 ½ mes	Abdomen ag. septicemia.	Colecistr. ag. Ruptura de vesic. peritonitis biliar.
Control	196893	1952	11 años	M.	6 meses	¿Ameliasis?	No se operó.

CUADRO N° 2

EXAMENES

	Fiebre	Sondeo	Colecistografía	Biopsia	Sangre
1)	no	Negat.	V. excl.	No se hizo.	Leuc. eosinófilo anemia hemol.
2)	no	A 6.7 - B 11.36 C 6.39.	V. excl.	Cal. en calc. hidrops vesic.	Normal.
3)	38.5°	No se hizo.	No se hizo.	No se hizo.	Leuco-neutróf.
4)	no	A 4.5 - B 4.1 - C 4.6	V. excl.	No se hizo.	No tiene
5)	no	No se hizo.	V. excl.	No se hizo.	An. hemol. ag.
6)	39°	No se hizo.	No se hizo.	No se hizo.	No se hizo.

Post-operatorio excelente. Alta al 8° día.

Resumen: Niño de 8 años, con molestias biliares provocados por alimentos, desde dos meses antes, en que se diagnosticó y comprobó colecistitis crónica, calculosa.

3) 134972. M. N. M. Niña de 4½ años. Sin antecedentes importantes. Ingresó el 2-VII-48 porque 8 días antes presentó dolor agudo al hipocondrio derecho que le impedía enderezarse y vómitos biliosos. Constipación de 2-3 días.

Al examen físico: febril 38.5°, buenas condiciones generales, halitosis. En el flanco derecho tumor liso cuyo polo inferior se limita claramente de la fosa ilíaca derecha, de bordes menos netos. Timpanismo. Expulsa gases.

Con sospecha de un cuadro obstructivo se hace laparotomía y se encuentra: colon muy distendido por los gases y vesícula biliar grande, de paredes engrosadas, a tensión. Se extrae 80 cc. de bilis fluida de color verde oscuro. En el post-operatorio se produjo dehiscencia repetida de la herida operatoria y a los 30 días la familia exigió el alta. No hay examen.

Resumen. Niño de 4½ años que es operado de semi-urgencia por cuadro doloroso agudo del hipocondrio derecho y vómitos. Sin antecedentes biliares y en el que se comprueba una colecistitis aguda.

4) 131037. A. G. G. Niña de 10 años, de Tomé. Ingresó el 17-I-49, porque habiéndose hecho una apendicectomía en VIII-48 queda, a pesar de ello, con intolerancia por grasas, carnes, etc., dolor al hipocondrio derecho y vómitos. Constipación de 3 días. La historia no precisa la época en que se iniciaron esas molestias que no deben ser otras que las interpretadas como apendicitis. Pero 23.500 kgs. talla: 1.24 mtr. temperatura 36.7. Desnutrida. Punto vesicular doloroso a la presión: Murphy (+) resto (—).

Exámenes: Colesterolemias: 1.18 - 2.26 - 2.50 mgrs. por mil.

Colecistografía: vesícula excluida.

Sondeo duodenal: bilis A 4.5 mgrs. %, B 4.1 mgrs. %, C 4.6 mgrs. %. (Cuadro N° 2).

Jugo gástrico: anaclorhidrico.

Otros exámenes eran negativos.

Con motivo del sondeo duodenal presentó cólico típico. Fuera de eso evolucionó bien y se fué de alta con tratamiento médico al cabo de 28 días. Reingresa el 28-VI-49 porque desde hace 2 días tiene vómitos biliosos y dolor intenso al hipocondrio derecho. Desde su alta siguió con molestias dolorosas en su casa. Pálida, quejumbrosa. 38° temperatura, abdomen muy doloroso especialmente en el hipocondrio derecho, halitosis, lengua saburral. Al día siguiente se acentúan los signos peritoneales, pulso 110, temperatura 40.5° y se opera con diagnóstico de peritonitis biliar, encontrándose una vesícula biliar de paredes gruesas, endurecidas, con un cálculo en su interior y que presenta una ruptura en su parte media a través de la cual fluye bilis. En el peritoneo hay líquido biliar. Post-operatorio tormentoso, complicado de neumonía. Peni-sulfa. Alta sana, a los 24 días. Un mes después sigue bien y come de todo.

Resumen. Niña de 10 años, que ingresa en 1949, apendicectomía 10 meses antes por molestias hipocondrio derecho que no ceden con la intervención y que vuelve con cuadro agudo de tipo peritoneal encontrándose peritonitis biliar por ruptura de vesícula calculosa.

5) 70643. G. R. V. Niña de 15 años. Ingresó 29-VIII-53. Sufría de anemia hemolítica congénita y enfermedad mitral. Desde hace seis años presenta molestias de tipo biliar. Colecistografía: vesícula excluida. En la intervención se encuentra vesícula biliar de tamaño corriente, sin cálculos, que se vacía difícilmente a la presión. Cístico estrecho de 6 cm. de largo. Al abrir la vesícula se comprueba marcada colestrosis.

Diagnóstico: Colecistitis crónica.

6) 24260. (S. Alemán). J. Z. S. A los 24 días de edad presenta ictericia en regresión y vómitos explosivos. Diagnóstico: hepatitis infecciosa. A los 2 meses de edad, cuadro abdominal agudo que obliga a intervenir de urgencia comprobándose una peritonitis biliar por ruptura del colédoco (de tipo infeccioso).

En resumen: sepsis R. N. que produjo hepatitis y luego inflamación y ruptura de la V. B. con la peritonitis consiguiente.

Finalmente, un caso muy discutible que no lo tomamos en cuenta.

196893. N. G. S. Niño de 11 años, de Los Angeles, que ingresó el 2-I-52. Desde 6 meses antes molestias de tipo biliar, especialmente por alimentos grasos, e ictericia conjuntival leve y pasajera. No se pudo establecer diagnóstico definitivo pues los exámenes y la colecistografía fueron negativos y porque la familia exigió el alta. Pudo haber sido una amebiasis, pues había quistes de ameba y tetrágena en la deposición.

En resumen, se trata de 6 casos de afección aguda o crónica de la vesícula biliar ocurridos desde 1944 al 30-VI-54, de los cuales 5 son del Servicio de Pediatría del Hosp. Clínico Regional de Concepción y 1 de clientela particular. La edad fluctúa desde 2 meses a 15 años. Hay 4 de sexo femenino y 2 del masculino.

Todos presentaron molestias anteriores: 5 de ellos (Nº 1, 2, 3, 4, 5) tenían sintomatología franca que se venía presentando desde 8 días (Nº 3) a 6 años antes. Sin embargo, ese caso, que presentaba molestias de 8 días, parecía un cuadro abdominal obstructivo.

El caso Nº 6, de corta edad, dió sólo síntomas generales. Un caso, el Nº 4, había sido apendicectomizado.

El diagnóstico pre-operatorio se hizo en cuatro casos, acompañándose de anemia hemolítica en dos. En los otros dos casos se pensó en cuadro abdominal agudo.

El hallazgo operatorio comprobó afección aguda o crónica de la vesícula en todos.

CONCLUSIONES

1. La colecistitis aguda o crónica y la litiasis biliar del niño se observa también raramente en nuestro medio, lo mismo que en otros países.

2. Debe tenerse presente estos diagnósticos frente a un enfermo cualquiera que sea su edad.

3. El análisis de los síntomas y antecedentes (apendicectomía, anemia hemolítica, infecciones), harán pensar en ellos.

4. De nuestra revisión no se puede concluir si es mejor el tratamiento quirúrgico o el médico, porque se trata de po-

cos casos y casi todos con molestias tales que imponían la intervención.

Sin embargo, de la revisión de la literatura se desprende cierta tendencia a la terapéutica conservadora. Seguramente en nuestro medio hay casos susceptibles de tratamiento médico pero que escapan al diagnóstico.

RESUMEN

Se estudian seis casos de colecistitis: 2 de colecistitis aguda en niños de 4½ y 2 meses, este último con peritonitis biliar y 4 de colecistitis crónica de los cuales tres presentaban litiasis, y uno no la presentaba. De los calculosos, uno se complicó de peritonitis biliar. Dos casos de colecistitis crónica calculosa eran debidos a anemia hemolítica.

Los AA concuerdan con otros en que son afecciones raras en la infancia, que no se reconocen a veces a pesar de su sintomatología típica y que su tratamiento, conservador o quirúrgico, depende de cada caso en particular.

SUMMARY

The author reports six cases of cholecistitis. Two acute cholecistitis were found in infants 4½ and 2 months old; this younger infant had biliary peritonitis. Four of those six cases had chronic cholecistitis, three of which presented lithiasis. Of the ones with calculi, one got a complication with biliary peritonitis. Two cases of chronic calculi cholecistitis were due to hemolytic anemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. CHENFUEGOS, E. — *Rev. Ch. de Pediatría*, 10:302, 1948.
2. JONES, R. — *Lancet*, 1:324, 1951.
3. KAHLE, R. and JACKSON, J. — *J.A.M.A.*, 151:1269, 1953.
4. CLIN, A. and NOSAL, J. — *J.A.M.A.*, 147:1443, 1951.
5. HOWELL, WRIGHT, F. — *J. Pediat.*, 10:667, 1952.
6. GLENN, F. and HILL, M. — *Ann. of Surgery*, 139:332, 1954.
7. LIEGE ET MUZAC, — *Arch. Françaises de Pédi.*, 8:298, 1951.
8. GROSS, R. E. — *The Surgery of Infancy and Childhood*, Saunders, 19th Edition, 1953.
9. BAUZA J. y FRASCOLI G. — *Rev. Ch. de Pediatría*, 22:133, 1953.