

Colelitiasis en un niño de 11 años

Por los doctores:

EMILIO ALEMÁN (*), LUIS RODRÍGUEZ BAZ (**)
Y ACUSTÍN MARCOLLES (***)

El principal interés que ofrece la presentación de este caso deriva de la circunstancia de constituir la primera observación reportada en Cuba de litiasis vesicular en un niño, ya que no aparece ningún caso reportado en la literatura pediátrica nacional revisada¹, como tampoco ningún estudio de conjunto de la materia en cuestión.

Caso clínico:

Niño J. T. P., Historia clínica No. 35,672, de 12 años de edad y de la raza mestiza. Ingresa en el servicio por presentar dolor abdominal localizado en el hipocondrio y fosa ilíaca del lado derecho con antecedentes de haber sido esplenectomizado hace 2 años.

Antecedentes familiares: la madre padece de reumatismo y el padre también de reumatismo.

La historia obstétrica revela que ha tenido la madre 16 embarazos, de los cuales 6 abortos, 3 espontáneos y 3 provocados; los 8 hermanos restantes son saludables.

El peso al nacer fue de 8 libras, presentándose el llanto inmediatamente.

Ictericia al mes de nacido.

(*) Jefe de Servicio del Hospital Infantil "Dr. A. A. Aballi".

(**) Jefe del Departamento de Cirugía.

(***) Auxiliar del Servicio de 2a. Infancia.

Entre los antecedentes patológicos figuran: varicela y un cuadro caracterizado por síndrome icterico y dolor en hipocondrio izquierdo por lo cual fué esplenectomizado.

Enfermedad actual: refiere la madre que desde hace un mes presenta dolor en el hipocondrio y fosa ilíaca derechos, dolor que no guarda relación con las comidas y sí con los ejercicios físicos por lo cual decide solicitar su ingreso en este hospital.

Examen físico: niño de 11 años de edad, mestizo, que deambula sin dificultad y no guarda decúbito preferido.

Piel: lesiones costrosas diseminadas por todo el cuerpo que lucen corresponder a pústulas varicelosas en período de remisión.

Mucosas: normocoloreadas.

Corazón: arritmia extrasistólica en el decúbito.

Abdomen flácido, depresible; en el momento del examen no es doloroso a la palpación.

El borde superior del hígado corresponde a los espacios intercostales 4º y 5º y el borde inferior no rebasa el reborde costal.

Bazo: extirpado quirúrgicamente hace 2 años.

Linfopoyético: adenopatías de pequeño tamaño en región cervical e inguinales.

Resumen: lesiones costrosas por todo el cuerpo, secuelas de una erupción de varicelas, micropoliadenopatías cervicales e inguinales, esplenectomizado, abdomen no doloroso a la palpación.

Exámenes complementarios:

Orina: normal.

Hemograma: 4,500,000 hematíes; 12.2 gramos de hemoglobina; 12,000 leucocitos; diferencial que ofrece: 53 segmentados, 3 eosinófilos, 44 linfocitos. Hematocrito 44. CHC 29%.

Heces fecales: huevos de ascárides y quistes de giardia lamblia.

El examen químico de la sangre ofrece: 85 mgr. % de glucosa, 8.15 gr. % de proteínas totales, fraccionados en 4.45 gr. para la serina y 3.70 para la globulina; urea 24 mgr. por %.

Eritrosedimentación: 40.

Pruebas de suficiencia hepática: Hanger positivo +++; Timol 15 unidades; Takata Ara 35 unidades; van den Bergh total 11 mgrs. %.

La investigación de hematíes falciformes resulta negativa.

En estas condiciones se ordena una radiografía simple de abdomen, que es informada de esta manera:

Radiografía No. 1

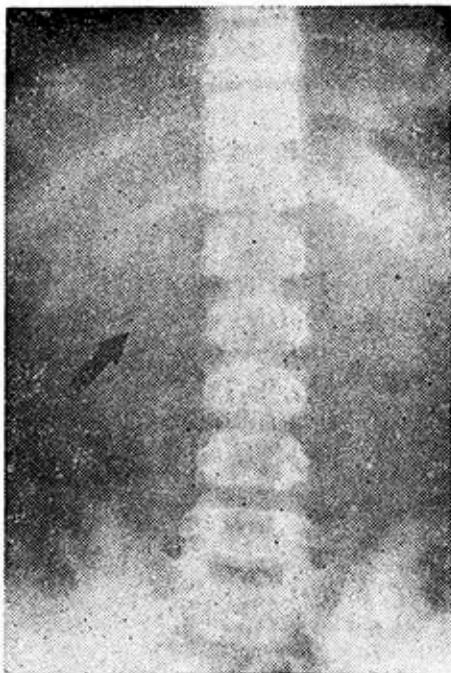
23 de febrero de 1962, abdomen simple: a nivel del hipocondrio derecho se observan algunas sombras radio-transparentes redondeadas, de tamaño pequeño, con halos radio-opacos sospechosos de corresponder a un proceso de litiasis biliar. Debe practicarse colecistografía. Dr. Eduardo Rivero, Jefe del Departamento de Radiología.

Radiografía No. 2

El 3 de marzo informa el Departamento de Rayos X lo siguiente: Se intentó una colecistografía utilizando el Bilactin por vía rectal no habiéndose opacificado las vías biliares, posiblemente por obstrucción del cístico por los cálculos señalados anteriormente.



RADIOGRAFÍA No. 1.—Nota: Por defecto de técnica no aparece en el grabado la flecha indicadora en esta figura.

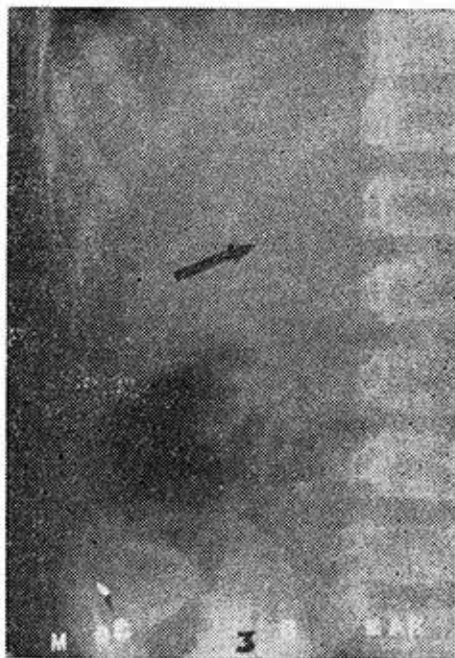


RADIOGRAFÍA No. 2.

Radiografía No. 3

El 8 de marzo se le hace una nueva colecistografía utilizando el contraste por vía endovenosa, expresando el informe del Dr. Rivero: no se observa contraste en la vesícula biliar. Persisten las sombras de cálculos notadas anteriormente.

Con el objeto de excluir de modo definitivo la posibilidad de alguna localización en vías urinarias se le practica



RADIOGRAFÍA No. 3.

el 22 de marzo una pielografía descendente que es informada así:

Radiografías Nro. 4 y 5

El riñón derecho elimina normalmente, no observándose alteraciones de los cálices, pelvis renal y uréter de este lado.

En el lado izquierdo la eliminación es algo deficiente, el riñón parece estar algo aumentado de tamaño, observándose un cáliz superior muy alargado y afinado. Los demás cálices no se visualizan muy bien debido a la eliminación deficiente y a la superposición de

gases. Se comprueba que los cálculos observados en el lado derecho no están en el tractus urinario.

Ya con estos datos y seguros de que se trataba de un caso de litiasis de la vesícula biliar en este niño, lo enviamos al Departamento de Cirugía donde es intervenido por uno de nosotros (Dr. Luis Rodríguez Baz) practicándose una colecistectomía de cístico a fondo, después de incisión transrectal vertical y encontrar una vesícula edematosa con pericolecistitis en el fondo con un cístico estrechado y un colédoco normal. Se extraen de la vesícula tres cálculos de pequeño y mediano tamaño que se alojaban a nivel del bacinete y del cístico. Sutura del lecho y cierre por planos sin drenaje.

COMENTARIO

Los síntomas y signos de la colelitiasis son bien característicos cuando se trata de pacientes adultos, pero estos mismos signos y síntomas al ser observados en un lactante o en un niño de primera o segunda infancia no logran frecuentemente despertar la sospecha clínica de un proceso de la vesícula biliar.

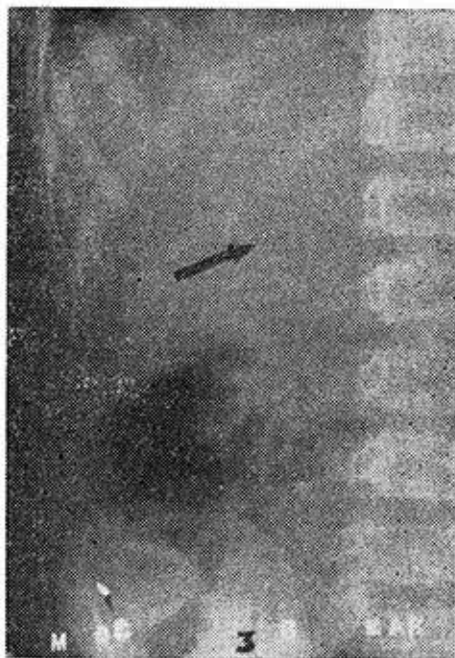
Potter² hizo en 1938 una revisión exhaustiva de este problema, llegando a la conclusión de que solo un 25% de los casos eran diagnosticados correctamente antes de llegar a la mesa operatoria, mientras que en un 50% de los pacientes afectados sólo se comprobó el proceso vesicular en el momento del acto operatorio, estando constituido el 25% restante por hallazgos en la mesa de necropsia.

Sin embargo, reiteradamente se reportan casos de niños mayores y de adultos jóvenes con procesos diagnosticados como colecistitis a esta edad cuando ya habían venido presentando síntomas sugestivos de la misma desde la primera infancia sin que el diagnóstico se hubiera orientado entonces en este sentido.

Radiografía No. 3

El 8 de marzo se le hace una nueva colecistografía utilizando el contraste por vía endovenosa, expresando el informe del Dr. Rivero: no se observa contraste en la vesícula biliar. Persisten las sombras de cálculos notadas anteriormente.

Con el objeto de excluir de modo definitivo la posibilidad de alguna localización en vías urinarias se le practica



RADIOGRAFÍA No. 3.

el 22 de marzo una pielografía descendente que es informada así:

Radiografías Nro. 4 y 5

El riñón derecho elimina normalmente, no observándose alteraciones de los cálices, pelvis renal y uréter de este lado.

En el lado izquierdo la eliminación es algo deficiente, el riñón parece estar algo aumentado de tamaño, observándose un cáliz superior muy alargado y afinado. Los demás cálices no se visualizan muy bien debido a la eliminación deficiente y a la superposición de

gases. Se comprueba que los cálculos observados en el lado derecho no están en el tractus urinario.

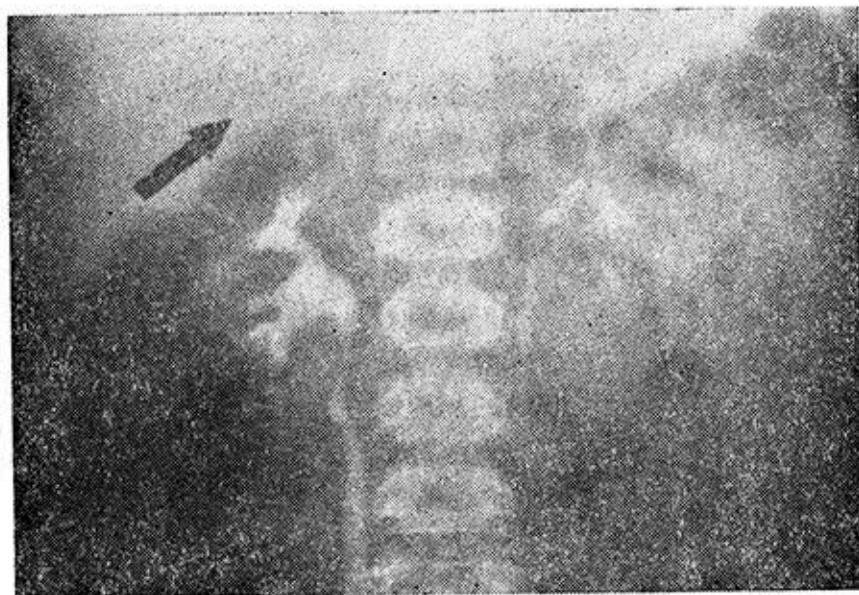
Ya con estos datos y seguros de que se trataba de un caso de litiasis de la vesícula biliar en este niño, lo enviamos al Departamento de Cirugía donde es intervenido por uno de nosotros (Dr. Luis Rodríguez Baz) practicándose una colecistectomía de cístico a fondo, después de incisión transrectal vertical y encontrar una vesícula edematosa con pericolecistitis en el fondo con un cístico estrechado y un colédoco normal. Se extraen de la vesícula tres cálculos de pequeño y mediano tamaño que se alojaban a nivel del bacinete y del cístico. Sutura del lecho y cierre por planos sin drenaje.

COMENTARIO

Los síntomas y signos de la colelitiasis son bien característicos cuando se trata de pacientes adultos, pero estos mismos signos y síntomas al ser observados en un lactante o en un niño de primera o segunda infancia no logran frecuentemente despertar la sospecha clínica de un proceso de la vesícula biliar.

Potter² hizo en 1938 una revisión exhaustiva de este problema, llegando a la conclusión de que solo un 25% de los casos eran diagnosticados correctamente antes de llegar a la mesa operatoria, mientras que en un 50% de los pacientes afectados sólo se comprobó el proceso vesicular en el momento del acto operatorio, estando constituido el 25% restante por hallazgos en la mesa de necropsia.

Sin embargo, reiteradamente se reportan casos de niños mayores y de adultos jóvenes con procesos diagnosticados como colecistitis a esta edad cuando ya habían venido presentando síntomas sugestivos de la misma desde la primera infancia sin que el diagnóstico se hubiera orientado entonces en este sentido.



RADIOGRAFÍA No. 4.

Surge, pues, la pregunta de ¿por qué pasa dicha enfermedad tan frecuentemente inadvertida o no diagnosticada en la época temprana de la vida?

Se han ofrecido varias explicaciones:

1) La colecistitis y la colelitiasis son enfermedades infrecuentes en el lactante y el niño pequeño, por lo cual ni siquiera son sospechadas en ellos, y a este respecto relata el Dr. Walter E. Ahrens³ el hecho de que al entrevistar recientemente a un grupo de cirujanos distinguidos, el 50% de estos manifestaron que nunca habían visto una colecistitis calculosa en niños;

2) la enfermedad de la vesícula en los niños está generalmente asociada sea con una enfermedad hemolítica o sea con una infección general, y como consecuencia, la afección de la vesícula puede ser mal interpretada por el clínico;

3) no es sino hasta muy recientemente que el pediatra ha logrado tener a su disposición medios auxiliares de tan gran valor en estos casos como la colecistografía y el drenaje duodenal, que, sin embargo, eran de uso corrien-

te para el diagnóstico de las colecistopatías en los adultos.



RADIOGRAFÍA No. 5.

En 1940, Seidler y colaboradores⁴ observaron que solamente habían sido reportados hasta la fecha 3 casos de colecistopatías en niños, en los cuales se había establecido el diagnóstico mediante los rayos X previamente a la intervención quirúrgica, y predijo acertadamente que con el incremento en el uso de la colecistografía en los niños podría reconocerse más frecuentemente la enfermedad de la vesícula biliar a una edad más temprana.

Este artículo tiene, pues, por objeto refrescar la mente de aquellos dedicados a la Pediatría en cuanto a los conocimientos actuales sobre la colecistitis y la colelitiasis en la primera y segunda infancias se refiere.

Historia.

Gibson⁵ tiene el crédito de haber sido el primero en registrar en el año de 1722 un caso de enfermedad vesicular en un niño.

El caso más precozmente reconocido y citado de cálculos vesiculares en un niño corresponde sin embargo a Lietaud⁶, quien reportó la presencia de los mismos al realizar la autopsia de un infante de 25 días de nacido.

Más recientemente Potter⁷ popularizó la enfermedad de la vesícula en la primera y segunda infancias con sus revisiones y discusiones sobre 224 casos en 1928 y de 432 casos en 1938.

CUADRO 1

<i>Revisión de Potter (432 casos)</i>	
25%	diagnosticados preoperatoriamente
50%	en el año quirúrgico
25%	en la necropsia
50%	de los cirujanos entrevistados no la habían visto nunca en el niño.

Ulin y colaboradores⁸ revisaron en 1952 la literatura y recogieron un to-

tal de 475 casos desde 1722 hasta 1948, pero aceptando que sólo 326 de ellos presentaban evidencias reales macro o microscópicas de enfermedad de la vesícula.

Glenn y colaboradores⁹ agregaron en 1954 treinta casos adicionales.

CUADRO 2

DATOS HISTORICOS

Gibson (1722)	primer caso de colecistitis en un niño.
Lietaud	primer caso de cálculos vesiculares en un niño.
Potter (1928)	revisión de 224 casos de colecistitis en la primera y segunda infancia.
Potter (1938)	revisión de 432 casos de colecistitis en la primera y segunda infancia
Ulin (1952)	revisión de 475 casos desde 1722 con comprobación en solo 326.
Glenn (1954)	30 casos adicionales.

En resumen, existen en la actualidad menos de 400 casos demostrados de enfermedad de la vesícula en la primera y segunda infancias.

Frecuencia.

La verdadera frecuencia de la enfermedad de la vesícula en niños no se conoce por razones obvias, habiéndose realizado en cambio estudios comparativos entre niños mayores y adultos.

En una casuística de autopsias¹⁰ se encontró de manera incidental la colelitiasis, comparativamente, de este modo:

- 0,28% en niños de 0-15 años;
- 11,6% en adultos de más de 20 años;

Walters¹¹, de la Mayo Clinic, reportó una frecuencia de 1,3 casos en niños por cada 1,000 casos en adultos.

Los sujetos de la raza negra, independientemente de la edad parecen ofrecer colecistitis menos frecuentemente que los caucásicos.

En una casuística de adultos resultó la colecistitis el doble más frecuente en

los caucásicos que en los de raza negra, siendo las frecuencias de 200 por 100,000 y 106 por 100,000 respectivamente.

En el período de 1938 a 1952 se han reportado 43 niños con colecistitis, siendo solo 3 de la raza negra.

Respecto a la incidencia por sexos, Potter² reportó en 1938 que la colecistitis era ligeramente más frecuente en las hembras que en los varones en una relación de 54,4% a 45,6%.

En la casuística de Ulin⁸ había sin embargo una relación de 3 a 2 a favor de los varones.

No se ve por lo demás en ambos estudios el marcado predominio de 4 a 1 en favor de las hembras que existe en los adultos.

Si consideramos el grupo etario pediátrico comprendido entre los límites de la vida neonatal hasta los 15 años, la colecistitis es más frecuentemente diagnosticada después de los 8 años de edad. Véase el cuadro 3, según Potter².

CUADRO 3

Fetal	2
Neo-natal	24
Lactantes	65
1-5 años.....	56
5-10 años.....	109
10-15 años	136

ETIOLOGIA

La etiología de la colecistitis en el niño es más oscura que en el adulto, habiéndose ofrecido varias observaciones y teorías al respecto.

La colecistitis no litiásica resulta más frecuente que la colelitiasis en los niños, no estando ambos procesos tan corrientemente asociados en estos (57-69%) como en los adultos (80-95%), sugiriendo Ulin⁸ que la cronicidad de la enfermedad vesicular en los adultos puede ser responsable de esta aparente diferencia.

Se admite que la causa más frecuente de colelitiasis en los niños es la *enfermedad hemolítica* con cifras notablemente altas de destrucción de hematíes y de excreción de pigmentos de hemoglobina a través de los conductos biliares, por lo que al encontrarse uno frente a una colelitiasis en un niño deberá eliminar primero la *anemia hemolítica congénita* si el paciente es de origen caucásico y la *anemia por hematíes falciformes* si el paciente es de la raza negra. Gross reportó que 3 de sus pacientes con colelitiasis tenían anemia hemolítica, mientras la Mayo Clinic observó que el 70% de sus pacientes con anemia hemolítica congénita presentaban cálculos biliares asociados.

En un estudio realizado recientemente sobre 21 niños de la raza negra que padecían anemia por hematíes falciformes, Mintz y colaboradores¹² observaron una incidencia de colelitiasis de 9,5%, comparable con una serie de casos autopsiados por Wein¹³ en que se demostró que en 10,5% de casos de anemia por hematíes falciformes comprendidos entre las edades de 1 día y 20 años había cálculos biliares. Véase el cuadro 4, según Wein.

CUADRO 4

Edad	No de pacientes	No. con colelitiasis
0-10 años	12	0
11-20 años	9	2
21-30 años	13	5
31-40 años	5	5

Y en vista de la relativa rareza de colelitiasis en los sujetos de la raza negra, se puede llegar a la conclusión cierta de que los adolescentes y adultos jóvenes de esta raza que sean portadores de cálculos vesiculares deben tener con-

comitantemente con toda probabilidad un proceso de anemia por hematíes falciformes.

Existe, sin embargo, un grupo significativo de niños con colelitiasis que no están afectados de anemias hemolíticas, habiéndose establecido que toda condición que produzca *estasis biliar* puede ser generadora de cálculos, siendo las condiciones implicadas: las anomalías congénitas del sistema extra-hepático, infección de la vesícula, espasmo del ámpula de Vater, compresión extrínseca del sistema extra-hepático, o inflamación pericoledociana.

Seidler y colaboradores⁴ sugieren que la presencia de cálculos en un lactante deberá despertar la sospecha de una anomalía congénita del sistema extra-hepático, debiéndose citar al respecto que Forshall y cols.¹⁴ reportaron recientemente 5 niños afectados de colelitiasis de los cuales 3 presentaban anomalías del cístico y ninguno de ellos padecía de enfermedad hemolítica.

El modo en que la *infección* pueda originar cálculos en los niños es una cuestión abierta a la especulación, siendo de tener en cuenta en estos casos factores inespecíficos de deshidratación y anorexia; además las aglutininas producidas en respuesta a infecciones específicas pueden causar precipitaciones en la bilis, formando nidos que originen el crecimiento de cálculos.

La compresión de los conductos extrahepáticos por ganglios mesentéricos hipertrofiados, especialmente a nivel del confluente del cístico con el colédoco puede ser de especial importancia en los niños. Se ha descrito un caso ocasional de *pancreatitis* como causa de obstrucción extrahepática y quizás pueda ser un factor en la formación de cálculos biliares.

La colecistitis se asocia frecuentemente con infecciones locales o generales en el niño, pero la malnutrición, deshidratación y las anomalías congé-

nitas han sido implicadas en una minoría de casos.

En una serie de casos autopsiados de niños chilenos malnutridos, hubo evidencias de colecistitis en el 35% de aquellos que estaban severamente debilitados.

También puede ocurrir la colecistitis en asociación con procesos de sepsis neonatal o de gastroenteritis en la infancia, pudiendo ser tal vez la infección un factor en estos casos.

Entre las infecciones citadas frecuentemente en la literatura del pasado como causantes de colecistitis se hallan las infecciones del tractus respiratorio superior, influenza, escarlatina y salmonelosis, pero si consideramos la frecuencia de estas infecciones y la rareza de la colecistitis en los niños, hay que mostrarse escépticos con respecto a su significación etiológica.

La *salmonella*, especialmente la S. tifoidea, recibió mucha publicidad durante el siglo 19 y comienzos del 20 como agente importante en la génesis de la colecistitis tanto en niños como en adultos. Reid y Montgomery¹⁵ reportaron 18 casos de colecistitis en niños debidas a la fiebre tifoidea, los cuales fueron confirmados en el acto quirúrgico, mientras Potter² entre 17 pacientes con colecistitis aguda, gangrena y perforación acredita 15 a la S. tifoidea.

Recientemente la incidencia de fiebre tifoidea se ha visto reducida por el uso de los antibióticos y por las medidas de salubridad, y aunque la infección por salmonellas es todavía un problema relativamente frecuente, la colecistitis en niños debida a este organismo es muy rara, demostrándose además esta rareza por la observación de una serie de 2,000 casos de infección por salmonella en que solo 10 de ellos tuvieron colecistitis asociadas.

Algunos autores han subrayado no precisamente el organismo sino el locus de la infección como particular-

mente significativo: Así, Snyder¹⁶ y Farr¹⁷ han propuesto independientemente que la colecistitis puede ocurrir como complicación metastásica de una infección subaguda o crónica del apéndice.

Dos parásitos intestinales han sido implicados en la colecistitis en los niños: la *giardia lamblia* y el *ascaris lumbricoides*.

Utilizando drenajes biliares, Smithies, Zelditch y otros¹⁸ recuperaron giardias concurrentemente con la existencia de síntomas considerados como debidos a colecistitis, no pudiendo ser recuperado este parásito cuando los síntomas habían mejorado durante el tratamiento y se encontraron abundantes en las vesículas extirpadas quirúrgicamente. En una serie de 32 niños padeciendo de colecistitis encontró Zelditch¹⁸ giardias en 12 drenajes biliares y Golob¹⁹ cree que las giardias podrían simular colecistitis aguda al obstruir el cístico.

No todos los autores están de acuerdo, sin embargo, sobre la patogenicidad de la giardia en la colecistitis aguda o síntomas sugestivos de la misma, además es indudable que cuando las giardias se hallan presentes en la vesícula se hallan también presentes en grandes cantidades en el intestino delgado produciendo una enteritis quizás de mayor significación clínica que la infestación de la vesícula, aunque la infestación por giardias puede ocurrir sin ocasionar manifestaciones clínicas.

Las infestaciones por áscaris han sido mucho menos incriminadas como de significación patógena en la génesis de la enfermedad vesicular en los niños, existiendo, sin embargo, reportado un caso en que un áscaris constituía el núcleo de un cálculo del ampulla de Vater²⁰.

CUADRO CLINICO

Los síntomas y signos de la enfermedad vesicular en los niños pequeños son

en muchos aspectos semejantes a los que se observan en niños mayores y adultos, por lo que consideraremos las semejanzas y las diferencias.

Las náuseas, los vómitos y la constipación resultan síntomas frecuentes, siendo raramente observada en el niño la intolerancia para los alimentos grasos, así como la dispepsia crónica.

El dolor abdominal es un síntoma frecuente de comienzo en el niño pero la localización del mismo puede ser vaga o localizada al epigastrio, al cuadrante superior derecho o al ombligo. Las referencias de dolor irradiado a la espalda o al hombro derecho son infrecuentes. La fiebre y los signos tóxicos se hallan más amenudo asociados a la colecistitis aguda.

La contractura o defensa del cuadrante abdominal superior derecho pueden observarse también en caso de colecistitis. La ictericia es un signo que se presta a confusión y es observado con mayor frecuencia en la colecistitis del niño que en la del adulto, por lo que como es lógico se han tomado casos de esta enfermedad por hepatitis infecciosa. Se estima que alrededor de un 26 a un 45% de los niños con enfermedad de la vesícula tienen historia presente o pasada de íctero en contraste con solo un 8 a un 10% en los adultos.

Los cálculos biliares en los niños se hallan más frecuentemente constituídos por pigmentos biliares, lo que es importante porque tales cálculos no son radio-opacos y no se visualizan por lo tanto en la radiografía abdominal exploradora hasta que no se haya depositado además sales de calcio en el cálculo. Sin embargo, cuando se practica la colecistografía en caso de cálculos a base de pigmentos no calcificados, estos se observan perfectamente como sombras radiolucientes en la vesícula biliar.

Los cálculos del colédoco son menos frecuentes en los niños, 6% en com-

paración con 17% en los adultos. En los casos con íctero asociado el 92% de los niños no tuvo cálculos del colédoco en contraste con la observancia de un 53% en los adultos, siendo por lo tanto el íctero en un niño con colecistitis considerado como debido a obstrucción del colédoco de naturaleza inflamatoria, como por ejemplo ganglios hipertrofiados o pancreatitis, y no a calculosis.

La malignidad primitiva de la vesícula ha sido encontrada en 2 entre 326 casos de enfermedad vesicular en niños por Ulin⁸, o sea, un 0,5% de incidencia si se compara con 1-3% en adultos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de enfermedad de la vesícula en los niños comprende cierto número de procesos, siendo quizás las causas susceptibles de error de diagnóstico más frecuentes en casos probados de la misma el confundirlos con: apendicitis, obstrucción intestinal, y hepatitis infecciosa, debiendo considerar además los siguientes: neumonía, nefropatía, perforación de vísceras, absceso perinefrítico, absceso diafragmático, pancreatitis, úlcera péptica, duodenitis y pericarditis.

En consecuencia, la enfermedad vesicular del niño puede ser particularmente difícil de reconocer, reportando Snyder¹⁶ un caso en que el diagnóstico inicial fué el de malignidad abdominal a causa de la ascitis, cuando lo que realmente había ocurrido era una perforación de la vesícula con peritonitis biliar subsiguiente.

Dos procesos infrecuentes de la vesícula que pueden ser extremadamente difíciles de diferenciar de la colecistitis o de la colelitiasis son: la distensión aguda de la vesícula y la torsión de una vesícula flotante. Rankin²¹ y Gross²² han reportado independientemente y en fecha reciente dos casos de

vesícula distendida de modo agudo, sosteniendo ambos autores que la causa de la misma pudiera haber sido la compresión del cístico por una adenopatía mesentérica.

Hay que tener mucho cuidado y precisión en el diagnóstico de una colecistitis en un niño icterico ya que la hepatitis infecciosa constituye un proceso bastante frecuente, aunque indudablemente en caso de duda estará indicada una terapéutica conservadora en vista del crecido riesgo de una intervención quirúrgica cuando exista una hepatitis infecciosa.

Debe subrayarse además que no se debe considerar todo dolor abdominal vago en los niños como debido a enfermedad de la vesícula, teniendo en cuenta que se ha hecho un estudio in extenso practicando colecistogramas de rutina²³ en 95 niños de consulta externa que presentaban dolores abdominales vagos crónicos, y que el único hallazgo de significación fué el de un caso en que la vesícula no se llenaba.

Los elementos de diagnóstico a emplear después que se obtiene una historia sugestiva y del examen físico comprenderán: radiografía exploradora del abdomen, drenaje duodenal y una colecistografía oral o intravenosa, debiendo eliminarse las discrasias sanguíneas y los procesos hepatocelulares, y como se ha mencionado antes, una placa radiográfica "exploradora" tendrá valor si los cálculos están calcificados, aunque en el caso de no haber cálculos visibles podrá observarse una sombra vesicular anormalmente grande, perfectamente delimitada del borde hepático. El drenaje duodenal, que es de valor considerable en el adulto es también aplicable a los niños, pudiendo introducirse el tubo en el duodeno para instilar unos cuantos cc. de solución de sulfato de magnesio al 25% y estimular de este modo el flujo biliar.

El material obtenido mediante el drenaje se examinará para investigar mucus, flóculos, leucocitos, parásitos, o cristales de colesterol en la bilis B o bilis vesicular, siempre que sea posible por un observador de experiencia.

La colecistografía según la recomendada Harris y Caffee²⁴ parece un poco discutible por debajo de los 3 años de edad. Ellos realizaron con éxito solamente 15 colecistografías entre 27 niños de esta edad en los cuales se intentó verificarlas y solo en 6 de 12 niños de menos de 6 meses pudo visualizarse la vesícula. Este reporte pone de manifiesto los errores que pueden cometerse ya se trate de diagnosticar colecistitis o de ausencia congénita de la vesícula al fracasar en la concentración del colorante en un solo colecistograma. Mintz y col.¹² en 1955 se manifestaron más optimistas al lograr con éxito 20 colecistografías de 21 casos intentados y reclaman además buenos resultados por debajo de los 3 años.

El tratamiento favorable de la enfermedad vesicular en niños depende del uso juicioso de la terapéutica antibiótica y de la quirúrgica conjuntamente o por separado, y puesto que la patología de la colecistitis aguda es expresión de infección bacteriana aguda, los antibióticos pueden bastar. En efecto, Bonta²⁵ y colaboradores han notado una sensible disminución en el número de casos de colecistitis agudas registrados en niños en el período de 1942 a 1952 y admiten que ello es debido al advenimiento de la terapéutica antibiótica en el tratamiento de las enfermedades abdominales agudas del niño. La cirugía estará indicada siempre que los signos locales de infección no sean controlados por los antibióticos solos.

Si hay colelitiasis, el cirujano puede realizar una colecistectomía si hay además evidencia de colecistitis, pero si los cálculos son el resultado de una ane-

mia hemolítica y no hay infección puede conformarse con la sola extirpación de los cálculos.

Snyder y cols.¹⁰ reportan el interesante caso de cirugía con éxito en un niño de una semana de edad que tenía cálculos, tanto en la vesícula como en el colédoco, siendo desobstruido este último utilizando un tubo de polietileno No. 19 y una jeringuilla.

Tanto Ulin⁸ como Glenn⁹ consideran que la exploración del colédoco no es un procedimiento obligatorio en niños a menos que haya obstrucción biliar.

Referente al tratamiento quirúrgico de un paciente con anemia hemolítica congénita, Gross²² previene sobre los grandes riesgos que supone el realizar colecistectomía y esplenectomía simultáneamente, recomendando procedimientos operatorios separados mediante esplenectomía previa, a menos que el colédoco obstruido por cálculos constituya una gran amenaza para el éxito quirúrgico.

Los córticoesteroides han sido utilizados solo en un caso de Dannenberg y colaboradores²⁶ en el cual fueron considerados como de efecto salvavidas, complementario al uso de la terapéutica antibiótica ya que el niño fué evaluado como demasiado grave para todo tipo de intervención quirúrgica.

R E S U M E N

Presentamos un caso de colelitiasis en un niño de 11 años de edad al cual se le practica colecistectomía de cístico a fondo.

En este caso no se comprobó anemia hemolítica, ni anemia por hematíes falciformes, pero se le había practicado una esplenectomía que según refieren los familiares se debió a una trombosis esplénica.

El niño tenía infestación por giardias lamblias y ascárides. No había antecedentes de tifoidea ni de salmonelosis.

SUMMARY

A case of cholelithiasis in an eleven years old boy, in which a cholecystectomy was performed, is reported in this paper.

There was no evidences of Sickle cell anemia, nor hemolytic disease.

The boy was splenectomized two

years before, diagnosed as having splenic thrombosis.

There was no history of Salmonella infection but he was harboring *Giardia lamblia* and *Ascaris lumbricoides*.

A review of the literature concerning cholecystitis and cholelithiasis of infancy and childhood has been presented.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Indice bibliográfico pediátrico cubano*; tomo I (1920-1949), tomo II (1950-1954). Editado por Soc. Cub. Ped.
- 2.—Potter, A.: Biliary Disease in Young Subjects; Surg. Gyn. & Obst.; 66:604, 1938.
- 3.—Ahrens, Walter E.: Cholelithiasis and Cholecystitis in Infancy and Childhood; Clin. Proc. of the Children's Hosp. Washington, D.C.; 13:85-93, 1957.
- 4.—Seidler, V. and Brakeley, E.: Gallstones in Children; J.A.M.A.; 114:2082, 1940.
- 5.—Gibson, J.: Medical Essays and Observations; vol. 11-30, London, 1922. Citado por Snyder¹⁶.
- 6.—Lietaud, J.: Historia Anatómico-Médica, París, 1767, citado por Potter².
- 7.—Potter, A.: Gallbladder Disease in Young Subjects. Surg., Gyn. & Obst.; 466:795, 1928.
- 8.—Ulin, A., Nosal, J., and Martin, W.: Cholecystitis in Childhood; Associated Obstructive Jaundice Surgery; 31:312, 1952.
- 9.—Glenn, F. and Hill, M.: Primary Gallbladder Disease in Children. Ann. Surg.; 139:302, 1954.
- 10.—Wilenius, R.: Cholelithiasis and Cholecystitis in Childhood; Ann. Chir. Gyn. Fenniae (Helsinki); 40:146, 1951, citado por⁷.
- 11.—Walters, citado por Ahrens³.
- 12.—Mintz, A., Church, G., and Adams, E.: Cholelithiasis in Sickle Cell Anemia. J. Pediat; 47:171, 1955.
- 13.—Wein, H.: Ann. Int. Med.; 12:182, 1945, citado por¹².
- 14.—Forshall, I., and Rickham, P.: Cholecystitis and Cholelithiasis in Childhood; Brit. J. Durg.; 42:161, 1954.
- 15.—Reid, M., and Montgomery, J.: Bull. Johns Hopkins Hosp.; 31:7, 1920.
- 16.—Snyder, C.: J.A.M.A.; 85:31, 1925, citado por³.
- 17.—Farr, C.: Arch. Pediatr.; 39:574, 1922, citado por³.
- 18.—Zelditch, Wurmann, Jolkver and Guinditch: Rev. Franc. de Pediatr., 12:351, 1936, citado por³.
- 19.—Golob, M.: Am. J. Digest. Dis. and Nutrition; 1:233, 1934-35, citado por³.
- 20.—Pasley, C.: Gallstones in adolescents. Brit. M.J.; 1:1077, 1925, citado por³.
- 21.—Rankin, W.: Acute Distension of the Gall Bladder in Children. Arch. Dis. Childhood; 30:60, 1955.
- 22.—Gross, R.E.: The Surgery of Infancy and Childhood; pp. 530-32. W.B. Saunders Co. Phila. Pa., 1953.
- 23.—Wood, J., Hardy, L., and White, H.: Chronic Vague Abdominal Pain in Children. Pediat. Clin. North America, May, 1955.
- 24.—Harris, R. and Caffee, J.: Colecystography in Infants. J.A.M.A.; 153:1333, 1953.
- 25.—Bonta, J., and Lovingood, C.: Acute Cholecystitis in Childhood. Surgery; 31:309, 1952.
- 26.—Dannenbergh, A., and Sarioglu, A.: Gall Bladder Disease in a 7½ Year Old Child. Am. J. Dis. Child.; 88:350, 1954.