

Dilatación idiopática del colédoco

(Reporte de un caso en un lactante)

Por los Dres.:

DAVID CAZAÑAS, ANTONIO GUERNICA, NÉSTOR ACOSTA

Y FÉLIX DAFHNIS(*)

La dilatación idiopática de las vías biliares es una afección congénita cuya causa exacta no se encuentra aún totalmente definida. Se caracteriza por un aumento considerable del calibre del tractus biliar de extensión variable, desde las formas localizadas a uno o varios segmentos a las formas globales.

La primera publicación detallada e ilustrada fue realizada por Todd en 1818. Desde entonces hasta nuestros días se han reportado alrededor de 200 casos en la literatura mundial. Shallow, Eger y Wagner reportaron en 1946, 182 casos. Posteriormente otros casos han sido reportados por Keeley, Kelsey, Davis, Maclaughlin, Armino, Irwin y Morrison, Chesterman, Gross, Bleger, Boyer, Judd y Green, Zinniger y Cash y otros.

En nuestro medio solo conocemos casos publicados por Huergo Pino⁵, por Presno y sus colaboradores,¹⁰ y por Raspall,¹⁰ todos en niños mayores.

Reportamos un caso de dilatación idiopática del colédoco, por primera vez en nuestro país en un lactante, cuya sintomatología fue atípica y muy precozmente iniciada.

El número creciente de casos reportados en la literatura mundial en los

últimos años indica que esta rara e interesante afección está siendo reconocida y tratada más frecuentemente y con mejores resultados.

CASO CLINICO

Historia: Se trata de la niña O.H.V., H.C. 58851, de 4 meses de edad, mestiza, que ingresó el 13 de Marzo de 1964 en el Hospital Infantil "A. A. Aballí", por coloración amarilla de piel y mucosas.

Refiere la madre que aproximadamente a los 10 días de nacida notó en la niña coloración algo amarillenta de los ojos, las orinas muy coloreadas y vómitos alimenticios escasos; no observando por entonces decoloración de heces. Con antieméticos los vómitos cesaron a los 20 días, pero desde entonces mantuvo coloración amarillenta de las conjuntivas, la orina variaba en intensidad de color y las heces fecales ocasionalmente se hacían decoloradas.

Desde 3 días antes de su ingreso observa que las heces se hicieron acólicas, las orinas fueron más oscuras y que la niña padecía como dolores abdominales. No presentó fiebre. Al intensificarse el color amarillo de las conjuntivas y pre-

(*) Del Hospital Infantil Docente "A. A. Aballí".

sentar anorexia, decide traerla al Hospital, donde es ingresada.

Refiere que el embarazo fue normal y el parto a término, eutócico. La niña no tuvo trastornos postnatales, el ombligo cayó a los 5 días sin signos de infección. No ha recibido transfusiones. No otros datos de importancia.

La madre ha tenido 4 embarazos, uno de ellos terminó por aborto; los dos restantes son niños saludables. Los padres niegan padecer de sífilis o tuberculosis. Una tía padeció de ictero a la semana de nacida, de 10 días de duración.

Examen físico: Al examen físico presentaba tinte icterico de las conjuntivas oculares y de la piel. Pesó 4.6 kilos, talla de 59 cm. circunferencia cefálica de 40 cm. Panículo adiposo disminuido en cara y extremidades.

A. Digestivo: Abdomen globuloso, blando, depresible y algo doloroso a la palpación, ya que la niña lloraba cuando se trataba de hacer cualquier maniobra. Hepatomegalia que rebasa 5 cm. el reborde costal, de superficie lisa, de consistencia dura, que se desplaza ligeramente por los movimientos respiratorios. No esplenomegalia. Resto del examen físico negativo.

Possibilidad diagnóstica: Ictero obstructivo, con hepatomegalia y posible cirrosis hepática, debido a: 1) atresia biliar, 2) hepatitis neonatal.

Exámenes complementarios y evolución. Hemograma: Hematíes: 3,850,000 por mmc., hemoglobina: 10.4 gr. por 100 ml. sangre, hematocrito: 35%, CHC: 30%, anisocromía; leucocitos: 7,000, segmentados: 52%, 1 stabs., linfocitos: 44%, monocitos: 3%.

Orina: Urobilinógeno no, pigmentos biliares no, leucocitos numerosos, resto normal. Bilirrubina: Total 10.8 mg. por 100 ml. sangre; directa: 6.9 mg.; indirecta: 3.9 mg. Esterco-bilinógeno fecal:

no contiene. Urobilinógeno fecal: ligeras trazas. Pruebas hepáticas: Hanger++; timol 13 unidades; floculación+. Fosfatasa alcalina: 32 unidades Bod., Colesterol: 403 mg. por 100 cc. sangre. Eritrosedimentación: 67 milímetros en la primera hora (Westergreen). Tiempo de protrombina 26 segundos (patrón 13 seg.) Duke: 2 minutos; Lee-White: 7 minutos.

Fueron negativas: investigación de inclusión citomegálica; la falciformación de los hematíes, el coprocultivo y la serología.

Radiología: Cráneo: no calcificaciones ni otras alteraciones.

Pulmones: Enfisema bilateral, estado congestivo de los hilios (Dr. L. Romero).

Indicación quirúrgica: Al segundo día de ingresada la niña, se discute el caso con el Dr. Rodríguez Baz, Jefe de Cirugía, quien está de acuerdo con el planteamiento de ictero obstructivo y se fija fecha para practicar laparotomía mínima, 2 días después, pero los padres niegan rotundamente la autorización para su realización, suponemos que por creencias de tipo religioso. De haberse practicado esta exploración, es posible que se hubiera diagnosticado en ese momento.

Biopsia hepática: A los 6 días del ingreso se obtiene biopsia hepática que se informa como sigue: 1) Baloramiento de la célula hepática, 2) transformación giganto-celular de algunos hepatocitos, 3) infiltrado inflamatorio intersticial a predominio de células redondas, 4) fibrosis reaccional de los espacios portas, en los que se observan algunos trombos biliares, 5) retención pigmentaria en algunas células hepáticas. Conclusión: Imagen histológica compatible con una hepatitis neonatal, con transformación giganto-celular. (Dr. A. Guernica, patólogo).

Laparoscopia: Al día siguiente se le practica laparoscopia, informándose: Laparoscopia satisfactoria. Discreta cantidad de líquido ascítico de color amarillo. Hígado: aumentado de tamaño, de color verde. En algunas áreas presenta un espesamiento de la cápsula de Glisson de color blanquecino, y marcado aumento de la vascularización de dicha cápsula. La superficie es en general lisa, granular en algunos sitios. La consistencia luce aumentada. Vesícula: Tamaño y aspecto normal. Bazo: Aumentado de tamaño, de color rojo. Conclusiones: El aspecto corresponde a una hepatitis que puede estar evolucionando hacia una cirrosis. (Dr. R. Llanio, Endoscopista).

Las investigaciones realizadas y el cuadro clínico de la niña, eran compatibles con una hepatitis neonatal, y como tal fue tratada, básicamente con esteroides.

Durante su evolución en la sala, la niña siempre estuvo icterica, con variaciones tan ligeras en intensidad que motivaron discrepancias de apreciación entre los médicos del Servicio. Las heces fueron predominantemente acólicas, a veces ligeramente coloreadas. Las orinas casi siempre de color intenso, que teñían el pañal, ocasionalmente aclaraban ligeramente.

El abdomen siempre fue difusamente doloroso a la palpación, la cual provocaba molestias a la niña. En ningún momento pudo palparse tumoración abdominal. No se observó manifestación que hiciera pensar que la niña presentara dolor espontáneo en abdomen.

La hepatomegalia se mantuvo con los mismos caracteres de consistencia dura, superficie lisa, borde inferior bien definido, romo. Las variaciones en tamaño fueron de un centímetro de aumento o disminución.

Fueron observados períodos transitorios de anorexia, de irritabilidad o apa-

tía; de diarreas que provocaban deshidratación y desequilibrio electrolítico.

Durante la primera mitad del tiempo de estancia de la niña en la sala, estuvo casi siempre apirética, con ascensos aislados de temperatura, menores de 38°C. En la segunda mitad, los ascensos febriles se fueron haciendo más frecuente y más duraderos, alcanzando hasta 39°C.

Además de esteroides, recibió Kanamicina, Colymicin, Furodone, vitaminas, plasma, hidratación con electrolitos, leche descremada con adición de hidratos de carbono.

La niña fallece el 5 de mayo, en el curso de una fase de anorexia, pérdida progresiva de peso, diarreas con deshidratación y desbalance electrolítico.

El quiste del colédoco fue un hallazgo de necropsia.

Informe de la necropsia

La práctica de la autopsia reveló impregnación icterica generalizada de piel y mucosas, así como de vísceras internas y humores orgánicos. Se comprueba zona de infarto hemorrágico en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. Aumento del líquido pericárdico, que es de color amarillo-verdínico. El hígado pesa 332 gr., de superficie granulosa, consistencia dura y color amarillo verdoso. El aspecto general es el de un hígado cirrótico. La vesícula biliar está retraída y algo atrófica, no sobresaliendo por delante del borde hepático. (Fig. 1).

El colédoco se encuentra dilatado en forma ampular, algo irregular; su superficie externa presenta varios nódulos de color verde intenso y como de un centímetro de diámetro, que corresponden a adenopatías de aspecto inflamatorio, teñidas de bilis. La formación quística mide 4 x 3.5 cm. (Fig. 2) y se en-

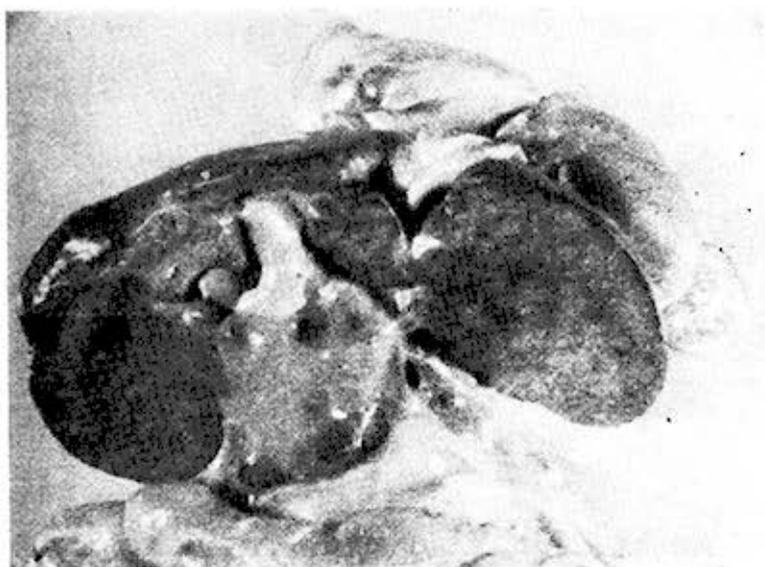


Fig. 1. Aspecto del hígado observado por su cara inferior. Obsérvese la dilatación quística y las adenopatías que recubren su pared.

cuenta profundamente situada en el bilio hepático, de tal manera que su visualización solo es posible al reclinar el hígado hacia arriba y atrás. Abierta, da salida a un contenido biliar oscuro y

denso, con grumos; el fondo de la cavidad es anfractuoso y sus paredes aparecen intensamente teñidas de bilis. (Fig 3) Explorados los conductos tributarios del sistema biliar, nos encon-



Fig. 2. Vista más próxima del quiste.

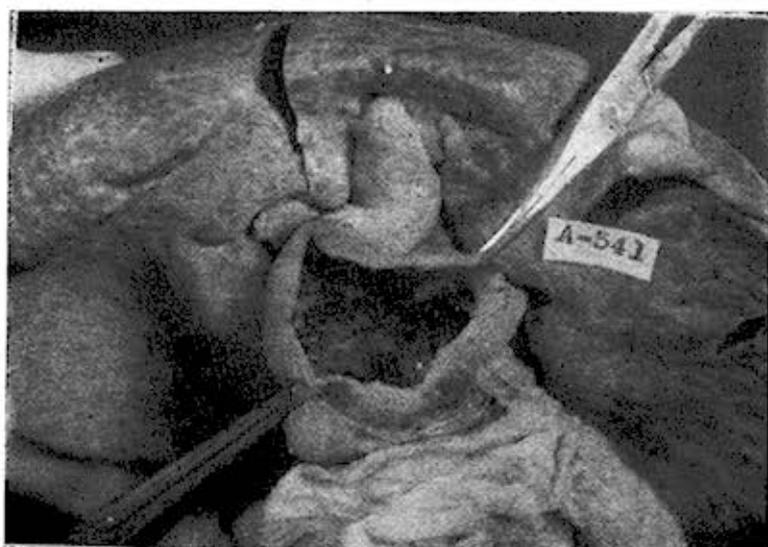


Fig. 3. Cavidad y aspecto interior del quiste. Nótese el grosor de sus paredes y el contenido biliar; el hígado es cirrótico y finamente granular.

tramos que son permeables el cístico y el hepático, desembocando independientemente en la formación quística. El colédoco presenta una estenosis en la porción terminal del mismo, a nivel de

la región intraparietal de la segunda porción del duodeno.

El estudio microscópico del hígado demuestra la existencia de una cirrosis hepática de tipo biliar, con gran reten-

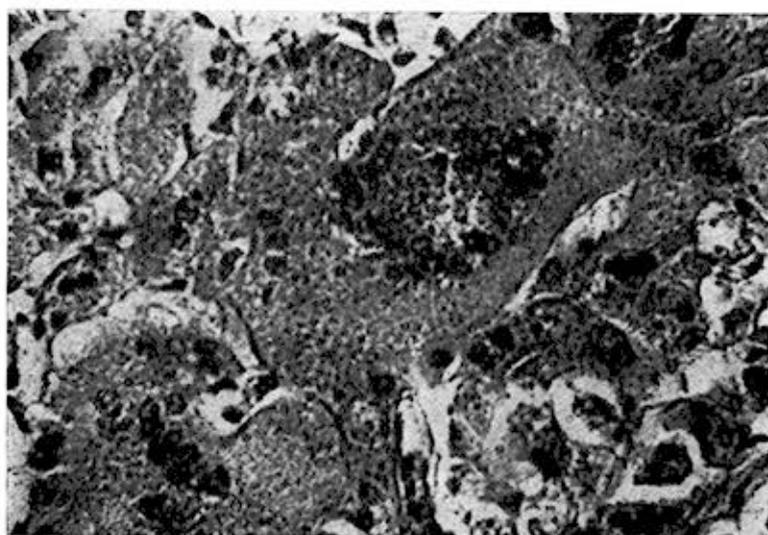


Fig. 4. Corte de hígado a mayor aumento ($\times 450$). Transformación gigante-celular del hepatocito.

ción pigmentaria. El parénquima muestra signos de degeneración celular, infiltrado inflamatorio crónico y transformación gigantoceular pareclaria del hepatocito (Fig. 4). Esta imagen histológica nos llevó falsamente a la conclusión de una hepatitis neonatal con transformación giganto-celular.

El resumen final de los hallazgos necróticos son los siguientes:

1. Dilatación idiopática del colédoco, con estenosis de la porción terminal del mismo.
2. Permeabilidad de los conductos císticos y hepático, que desembocan independientemente en la cavidad quística.
3. Cirrosis hepática de tipo biliar.
4. Transformación giganto-celular del hepatocito.

Consideraciones anatómo-patológicas.

La dilatación congénita del colédoco puede adoptar variadas formas anatómicas, siendo total o parcial, del segmento proximal, medio o distal. Su forma es generalmente esférica, y puede comunicar por arriba con un solo conducto —parte superior del colédoco—, o con dos —hepático y cístico— que penetran por separado en el quiste. Siempre está en comunicación por debajo con el duodeno a través de la parte inferior del colédoco, que puede estar estrechado o no. El tamaño es variable: desde los pequeños, de 2 a 4 cms. hasta los enormemente grandes, que tienen capacidad para uno o dos litros de bilis.⁵

Sobre la patogenia se han expresado diversas teorías, que han sido mencionadas por Gross,³ por Judd y Greene,⁶ por Keeley.⁷

Desde el punto de vista anatomopatológico, y en particular en cuanto a la interpretación diagnóstica de la punción

hepática, se han hecho evidentes las grandes dificultades que el empleo exclusivo de este método ha creado en el diagnóstico preciso de la entidad. El estudio microscópico de la biopsia hepática evidenció alteraciones histológicas compatibles en todo con una hepatitis neonatal y en particular con la variedad que produce transformación gigantoceular. Este diagnóstico resultó erróneo. Sin embargo, esta especial forma de alteración del hepatocito, la transformación gigantoceular asociada a un tipo de hepatitis del niño recién nacido, ha experimentado en los últimos tiempos algunas modificaciones en su interpretación, relacionándola con alteraciones congénitas de los canaliculos biliares intrahepáticos.¹⁴

Se ha comprobado en el caso que estudiamos, una perturbación congénita del conducto colédoco, caracterizada por la dilatación quística, llamada idiopática; y se ha comprobado en el tejido hepático, además de las lesiones de cirrosis biliar, modificaciones gigantoceulares. Si se acepta la tesis de que esta modificación es tributaria de una anomalía congénita de canaliculos biliares intrahepáticos, ¿no sería este caso un ejemplo de alteraciones congénitas del árbol biliar que afectan tanto su porción extrahepática como la intrahepática? Es una tesis de trabajo, de concepción teórica con cierta base objetiva, que abre el campo para futuras investigaciones.

Frecuencia del quiste idiopático del colédoco. La dilatación idiopática del colédoco es una afección relativamente rara cuya incidencia decrece con la edad, el 80% se ha observado en menores de 30 años. En una serie de casos recolectados de la literatura, la edad de los pacientes en el momento del ingreso fue: 44, del nacimiento a los 10 años; 31, de 11 a 20 años; 32, de 21 a 30 años;

11, de 31 a 40 años y 10 mayores de 40 años.²

Se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino, 72% de la casuística total, en la primera y segunda década de la vida, siendo cuatro veces más frecuente que en el sexo masculino.

Resulta interesante señalar que los japoneses parecen ser más predispuestos a esta afección, ya que de los casos reportados, el 25% han sido del Japón.

Se han reportado pocos casos de lactantes. En las revisiones de Zinniger y Cash, de Gross, de Pots, en cada una, se reporta un caso entre uno a dos meses.¹ En una revisión de 40 casos de ictericia en el lactante Kieseewetter y col.⁹ solo reportan un caso de quiste del colédoco.

Etiopatogenia: La etiología es desconocida, aparentemente congénita. Gross² cita distintas hipótesis emitidas para explicar esta afección: dirección anormal del colédoco al atravesar la pared duodenal; estenosis congénita de la porción inferior del colédoco; acalasia del esfínter de Oddi que causaría incoordinación neuromuscular; debilidad congénita de la pared, en que pudiera no haber obstrucción demostrable; obstrucción inferior con falta de elementos contráctiles, en la pared del colédoco; divertículo abortivo del colédoco. Esa multiplicidad de explicaciones hace pensar que se trate de un grupo heterogéneo de lesiones, cuyo origen puede ser diverso, sin que ninguna de las teorías sirva para todos los casos. Según Gross la teoría más verosímil es la que acepta una debilidad congénita de la pared del colédoco, con obstrucción que elevaría la presión en el interior del conducto.

El factor obstructivo del colédoco no explicaría todos los casos, ya que se han visto casos con colédoco distal nor-

mal. Además, es de observar que en las estenosis adquiridas del colédoco, no se produce nunca el tipo de dilatación de la enfermedad que nos ocupa. La teoría de Yotuyanagi (citada por Herzler y Maguire)⁴ es muy aceptada. Yotuyanagi basa su explicación en principios embriológicos: Una desigual proliferación de las células epiteliales del colédoco ocurriría en el estadio de la oclusión epitelial fisiológica del mismo. Durante el proceso de recanalización que ocurre después, resulta un conducto de diámetro desigual. Esta teoría es compatible con la existencia de un quiste en niños pequeños, como en nuestro caso, que desde los 10 días de nacida presentó manifestaciones ictericas.

Síntomas: Una tríada sintomática es característica de esta afección: ictericia, tumor abdominal y dolor, siendo en este orden que se observa la mayor frecuencia. No siempre se pueden constatar los 3 síntomas en un caso dado, pudiendo faltar uno de ellos. Pero 3 aspectos evolutivos son típicos de esta enfermedad: su inicio en la infancia generalmente, su larga evolución y la intermitencia de los síntomas. Si bien lo anterior es cierto para los niños mayores y adultos, es importante señalar que en el niño pequeño la sintomatología es menos típica. Solamente el 5% muestra signos antes de los 6 meses de edad.² El tumor no es forzosamente bastante grande para notarlo por palpación, ni el dolor es intenso, ni de fácil localización.¹³

En los niños mayores y en los adultos, la ictericia se reporta presente en el 70 a 90% de los casos. Su intensidad varía desde un ligero subíctero hasta íctero intenso, pero característicamente, en la evolución, varía la intensidad con intermitencias. En relación con la ictericia varía la coloración de las heces y la coloria.

El tumor, también signo prominente y frecuente, del 70 y 80%, se localiza preferentemente en el hipocondrio derecho; en el 50% como masa bien circunscrita, inmediatamente por debajo del reborde costal; otras veces más hacia la línea media; unas veces con consistencia quística, otras como un tumor sólido. Su tamaño y consistencia pueden variar durante la evolución, en relación con la cantidad de bilis que contenga y con el grado de obstrucción del conducto. A veces no se palpa la masa tumoral y puede haber solamente una resistencia o empastamiento en el cuadrante superior derecho.

El dolor es el síntoma menos frecuente de la tríada, encontrándose entre un 45 y 60% de los casos. Su intensidad varía, de un momento a otro, desde el cólico a una sensación de pesantez. La localización preferente es el hipocondrio derecho o el epigastrio, y hace irradiación similar a la colecistopatía litiasica.

Otros síntomas observados son: fiebre, menor de 39°, debida a colangitis ascendente o a hepatitis; toma del estado general y pérdida de peso por sepsis o digestopatía intensa, casi siempre presentes; vómitos al ser comprimido el duodeno por el quiste.

Diagnóstico: Debemos remarcar que el diagnóstico clínico de esta afección ha resultado en la práctica sumamente difícil, como lo demuestra el hecho de que solo se había logrado realizarlo en veintitrés, entre más de los doscientos casos reportados.¹⁰ Y es que la sintomatología referida no es en manera alguna específica, motivando frecuentes errores diagnósticos. Por ello, y sobre todo por que se piensa poco en esta entidad relativamente rara, en muchos casos el diagnóstico se hace en el transcurso de la laparotomía. Y aun aquí debe resaltarse, la dificultad ante los casos de tumores

voluminosos. Sin embargo, la presencia de un quiste conteniendo bilis, con vesícula normal, es prácticamente diagnóstica.

La H.C. frecuentemente revela episodios previos de ictericias transitorias con otros síntomas característicos de obstrucción moderada o crisis inflamatorias del sistema biliar. El quiste del colédoco debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del síndrome icterico en todos los grupos de edades, especialmente, cuando la ictericia es recurrente o asociada a tumor.¹ Es posible que la porción terminal del colédoco esté ocluida completamente, dando lugar a ictericia temprana y persistente, como ocurrió en nuestro caso. En ausencia de ictericia o de antecedentes ictericos, como ocurre en algunos casos,¹² el diagnóstico se hace más difícil.

En ausencia de tumor, los casos se diagnostican de hepatitis¹³ y puede ocurrir considerable daño hepático antes de que se haya hecho la exploración quirúrgica. Alta mortalidad ocurre a menudo por diagnóstico tardío o tratamiento impropio. El diagnóstico diferencial con la atresia biliar es posible, ya que el quiste del colédoco raramente es sintomático en los primeros días de la vida. Como se ha dicho, sólo un 5% de quistes del colédoco han dado síntomas antes de los 6 meses de edad, y la sintomatología aparece más precozmente en la atresia de las vías biliares, es progresiva y no presenta alternativas.

La colelitiasis es rara en el niño, se observa en las enfermedades hemolíticas casi siempre. La radiología hace el diagnóstico. El tumor abdominal por neoplasia evoluciona en forma aguda, no presenta variaciones en su tamaño y es progresiva.

Radiología: La radiografía del tractus digestivo en los casos de grandes quistes puede mostrar desplazamiento

duodenal. La colecistografía oral en el niño pequeño no es de valor, porque sólo raramente hay suficiente concentración del colorante para que se haga aparente en la radiografía. Mucho más útil es la colangiografía endovenosa, permitiendo el diagnóstico preoperatorio por medio de la biligrafina, como fue realizado entre nosotros por Huergo Pino.⁵ La colangiografía en el acto operatorio es sumamente útil para el diagnóstico exacto de la anomalía.¹⁰

Pronóstico: No se produce curación espontánea. En casos operados el pronóstico a largo plazo no se puede establecer, dado los pocos casos reportados seguidos por largo tiempo. En algunos casos se han reportado colangitis postoperatorias.

Tratamiento: El tratamiento de esta enfermedad es esencialmente quirúrgico. El paciente debe ser referido al cirujano tan pronto se ha reconocido la afección, ya que el resultado de la operación depende en gran medida del tiempo que ha transcurrido entre el inicio de los síntomas y el momento en que se hace el diagnóstico. La dilatación de las vías biliares, así como los trastornos mecánicos del flujo biliar extrahepático serán más beneficiados cuando no se hayan producido, o solo en grado mínimo, lesiones hepáticas definitivas de tipo fibroso o infección canalicular mantenida.

Aun cuando el diagnóstico preoperatorio no se haya realizado, las probabilidades de curación son altas si el diagnóstico es hecho en la mesa de operaciones prontamente y se instituye el apropiado tratamiento.²

El tratamiento de elección es la anastomosis primaria entre el sistema biliar y el tractus intestinal, del cístico directamente al duodeno.

Ante un caso con síndrome icterico, de aparición a los 10 días, prolongado, planteamos como posibilidad diagnóstica al ingreso, un íctero obstructivo y pensamos en las dos causas más frecuentes: la atresia biliar o la hepatitis neonatal.

El diagnóstico clínico del quiste idiopático del colédoco es difícil de hacer en la práctica, aún en adultos; en nuestro caso luce aun más difícil, ya que la tríada sintomática de ictericia, tumor y dolor no se pudo constatar; sólo presentaba ictericia. Pero aun ésta, no presentó las características descritas en esta afección, ya que se inició tan tempranamente como a los 10 días de nacida la niña; tampoco fue típicamente alternativa o recurrente. La relativa rareza de la afección, y el no pensar en ella, han contribuido a que no se hiciera el diagnóstico clínico, así como la negatividad de los padres a la laparotomía mínima, que, de haberse realizado, hubiera hecho posible el diagnóstico por medio de la colangiografía operatoria.

La biopsia hepática mostró las lesiones que se observan en estos casos cuando la evolución es prolongada.

Por la laparoscopia no se visualizó el quiste, seguramente por la situación profunda del mismo en el hilio hepático.

La necropsia demostró que era imposible palpar el tumor quístico, por la situación del mismo y por encontrarse antepuesto el hígado aumentado de tamaño.

Expresamos nuestro agradecimiento a cuantos han hecho posible este trabajo y en particular al Dr. Raimundo Llanio, endoscopista, que practicó la laparotomía.

RESUMEN

Se reporta un caso de dilatación idiopática del colédoco en una niña mestiza, de 4 meses de edad.

Se ha hecho una revisión de la entidad.

En el caso solo se constata ictericia de los tres componentes de la tríada sintomática, la cual aparece muy tempranamente, a los 10 días de nacida la niña.

A los fines del diagnóstico clínico, se insiste en la atipicidad de la sintomatología en niños menores de 6 meses.

Al objeto de obtener los mejores beneficios de la intervención quirúrgica, se insiste en plantear este diagnóstico en todo síndrome icterico en el niño, no importa la edad.

Se reporta, como dato interesante en el estudio microscópico del hígado, además de las lesiones características de una cirrosis biliar obstructiva, propias de esta entidad, la presencia de transformación gigantocelular del hepatocito.

SUMMARY

We report a case of idiopathic dilatation of the bile common duct in a colored four months female baby.

We made a review of the literature on the subject.

In the present case we found jaundice as the outstanding symptom, only one of the three components of the classical triad characteristic of the syndrome. The jaundice showed up at ten days of postnatal life.

From the clinical point of view we remark the lack of tipicity of the symptomatology in infants below six months of age.

In order to derive the benefits of the chirurgical intervention, we stress the necessity of exclude this condition in every jaundiced infant.

We report also, as important data, the microscopic study of the liver sections searching for the gigantocelular transformation of the hepatocite, besides the characteristic features of obstructive hepatic biliary cirrhosis.

RESUME

On a trouvé un cas de dilatation idiopathique du cholédoque dans une petite fille de 4 mois, métisse.

On fait une revision de la maladie.

C'est un cas où seulement on a trouvé ictere, dans le trois composants de la triade symptomatique, qui apparaît de bonne heure, dix jours après la naissance de la fille.

A propos du diagnostique clinique on met en relief l'irrégularité de la symptomatologie dans les enfants plus petite de 6 mois.

Pour obtenir les meilleurs résultats de l'intervention chirurgical ont doit penser que ce diagnostique est possible dans tous les syndromes icteriques des enfants sans tenir compte de l'âge.

On cite comme un fait intéressant sur l'étude microscopique du foie, en plus des lésions caractéristique d'une cirrhose biliaire obstructive propres de cette maladie, la présence de la transformation géant-cellulaire du hépatocyte.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Dickson, E. H., Spencer, F. C.*: "Cholelithic cyst. *Journ. Pediat.*, 41: 462-466, Oct., 1952.
- 2.—*Gross, R. E.*: *The Surgery of Infancy and Childhood*: 524, W. B. Saunders, Philadelphia, 1956.
- 3.—*Gross, R. E.*: Idiopathic dilatation of the common bile duct in Children. *J. Pediat.* 3: 730, 1933.
- 4.—*Hertzler, J. H.*: Maguire, C. E. Congenital dilatation of common bile duct. *Arch Surg.* 62: 275-281, 1951.
- 5.—*Hucrgo Pino, M.*: Quiste del Colédoco. Diagnóstico por biligrafina. Reporte de un caso. *Rev. Cub. Gastroenterol.* 7: 103, 1957.
- 6.—*Judd y Green.*: *Surg. Gyne Obst.* 46: 317, 1928.
- 7.—*Kecley, J. L.*: *Arch. Surg.* 56: 508, 1948.
- 8.—*Kelsey, W. M.*: Idiopathic dilatation of the common bile duct in childhood. *Journ. Pediat.* 31: 211-212, 1947.
- 9.—*Kissewetter, W. B., Koop, E., Farquer, J. D.*: Surgical jaundice in infancy. *Pediatrics*, 15: 149-155, 1955.
- 10.—*Presno Albarrán, J. A., Hernández Beguerie, R. Fantony, M.*: Dilatación idiopática del colédoco. Reporte de dos casos. *Rev. Cub. Gastroenter.* 8: 165-194, 1958.
- 11.—*Raspall-Hidalgo, R.*: Quiste del colédoco. *Bol. Col. Med. Camagüey*: 11: 141-159, 1948.
- 12.—*Salas Panisello, F., Gómez Barry, H., Diaz Rousselot, J.*: Agenesia parcial con dilatación quística del hepatocolédoco supra-yacente. *Rev. Cub. Pediat.* 31: 405-413, 1959.
- 13.—*Shaffer, A. J.*: *Enfermedades del recién nacido*, 1a. ed: 584-585, Salvat, Barcelona, 1963.
- 14.—*Stowens.*: *Pediatric Pathology* W. W. Wilkins, 1956.