

## Litiasis biliar en pediatría

Dres. J. Balleto, M. Perdoni, L. Otero, H. Pelusso, A. Fontana.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Superiora "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires.

### Resumen

Se presentan 18 casos de litiasis biliar en la infancia en un período de 7 años en el Servicio de Cirugía del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Superiora "Sor María Ludovica" de La Plata.

Se realizó colecistectomía en 15 pacientes con litiasis vesicular primaria y en 3 pacientes que tenían litiasis secundaria a enfermedad hemolítica. En 2 de estos se realizó colecistotomía y extracción de cálculos en una primera operación y en ambos casos ocurrió recidiva que fue tratada con colecistectomía.

### Palabras Clave

Litiasis Biliar - Colecistectomía - Colecistotomía.

### Summary

Eighteen cases of cholelithiasis in children is presented. In 15 with a primary lithiasis without an hemolytic disorder, a cholecystectomy was done. Among 3 patients with hemolysis in two a cholecystotomy with gallbladder evacuation, failed to avoid recurrence of lithiasis and further cholecystectomy was done. Clinical presentation and follow up are analyzed

### Index Words

Cholelithiasis - Cholecystectomy - Cholecystotomy.

### Introducción

La incidencia de litiasis biliar en la infancia ha aumentado en los últimos años, debido principalmente a que esta patología ha sido motivo de estudios más profundos en pacientes con cuadro de Dolor Abdominal Recurrente (DAR), en base a un protocolo claramente establecido. Hasta hace no mucho tiempo se creía que la litiasis biliar era sólo patrimonio de las enfermedades hemolíticas en pediatría, o de la población adulta.

En la actualidad la literatura refiere que cerca del 80% es primitiva y el 20% restante corresponde a hemólisis recurrente.

La edad de presentación más frecuente está entre los 5 y 15 años, con mayor incidencia en el sexo femenino, con una relación de 5-1.

### Material y método

Se presentan 18 casos de litiasis biliar en la infancia en un período de 7 años (1984-1991), de los cuales el 16.66% (3 casos) corresponden a enfermedades hematológicas, y el 83,33% restante (15 casos) a litiasis primitivas o idiopáticas.

Las 3 observaciones de litiasis secundarias corresponden a una talasemia, una púrpura trombocitopénica idiopática y una esferocitosis.

En la totalidad del grupo estudiado se tabuló la edad al momento de la cirugía, así como el peso y su ubicación en el percentilo correspondiente, la incidencia según sexo, el cuadro clínico que motivó la consulta y los síntomas acompañantes, entre ellos dolor y su localización, la presencia de vómitos, acolia,

coluria, fiebre, cefalea, ictericia, diarrea. Se analizó la composición química de los cálculos, así como la técnica y táctica quirúrgica empleada.

### Resultados

En los 3 pacientes portadores de litiasis secundaria a enfermedad hematológica el tratamiento de la litiasis fue concurrente con la esplenectomía. En los 2 primeros se realizó colecistotomía con extracción de cálculos, observándose en ambos, a los 8 y 18 meses, recidiva clínica y ecográfica de la litiasis, por lo que se reoperaron realizándose colecistectomía. En el tercer caso en el momento de la esplenectomía se realizó colecistectomía. En ninguno de estos 3 pacientes fue necesario explorar la vía biliar principal. (Tabla 1)

El promedio de edad fue de 13.5 años con un rango de 7 a 16, resaltándose que el paciente de menor edad era portador de una talasemia. En cuanto al peso, toda la serie se ubicó entre el percentilo 50 y 75.

La relación mujer-hombre fue de 5 a 1 (83.33%).

Con referencia a la sintomatología de ingreso, el dolor epigástrico estuvo presente en 5 pacientes, y en 15 se localizó en hemiabdomen derecho. La presencia de vómitos se observó en 17 enfermos, siendo en 10 de tipo alimentario y en 7 de tipo biliar.

No se evidenció síndrome coledociano completo, sólo en un paciente se observó ictericia y en 2 se constató coluria, no presentando ninguno acolia.

Como síntomas complementarios se observó cefalea en 5 y diarrea en 2.

Con respecto a la táctica y técnica, en 7 enfermos se utilizó la vía paramediana supraumbilical derecha, la vía subcostal derecha se utilizó en 8 enfermos, y la mediana supraumbilical en 3. Es de hacer notar que eran enfermos hematológicos a los cuales se esplenectomizó en el mismo acto operatorio. En cuanto a la composición química de los cálculos, 15 fueron mixtos, 2 de bilirrubinato y uno de colesterol.

### Discusión

El diagnóstico de colelitiasis en la edad pediátrica era, hasta no hace mucho tiempo, infrecuente (1 a 5). En la actualidad se observa un aumento en el número de pacientes portadores de litiasis, hecho motivado por la inclusión de esta enfermedad en el estudio de dolor abdominal recurrente (1,4,5,6).

No obstante la relativa infrecuencia de la litiasis vesicular en jóvenes y el incompleto seguimiento en las series reportadas, hacen dificultoso el análisis profundo de la patología (2).

La revisión bibliográfica hace pensar que la causa más importante en el aumento de diagnóstico de pacientes con colelitiasis es el advenimiento de la ecografía (1 a 6). Este es el método de elección, ya que no sólo permite evaluación rápida y no invasiva de la vía biliar, sino de todo el abdomen (6).

El cuadro clínico de presentación en esta serie, se caracterizó por el dolor en hemiabdomen derecho y epigástrico y los vómitos, sumándose síntomas inespecíficos como diarrea y cefaleas, lo cual, al igual que en otras publicaciones no lo hace diferente de otros cuadros abdominales quirúrgicos, entre ellos la apendicitis (1).

El diagnóstico tiene su pilar fundamental en la sospecha del médico y los antecedentes, entre ellos la administración de alimentación parenteral total, las enfermedades hematológicas y las resecciones masivas de intestino (1 a 12).

En este grupo no se observó litiasis en síndrome de intestino corto ni en tratados con alimentación parenteral. Se operaron 3 pacientes portadores de enfermedad hematológica, en 2 de ellos se realizó colecistotomía con extracción de cálculos, observándose recidiva posterior, por lo cual en el tercero optamos por la colecistectomía.

En la literatura consultada, la indicación de colecistotomía o de colecistectomía no queda aún demasiado clara, no encontrándose ningún trabajo que, en cuanto a su casuística y seguimiento, sea concluyente (2,3,9,10,11).

En lo que respecta a la vía de abordaje se utilizó la mediana supraumbilical para los pacientes hematológicos en los cuales se realizó la colecistectomía en el mismo acto operatorio que la esplenectomía.

La indicación de incisión subcostal o paramediana derecha dependió de la constitución anatómica del paciente.

Ante la duda semiológica intraoperatoria de alteraciones en la vía biliar se realizó ecografía a cielo abierto para la detección de litiasis coledociana, lo cual aumentó el margen de seguridad de los enfermos.

No se realizó colangiografía intraoperatoria dado que todos los pacientes presentaban vía biliar no dilatada en la ecografía preoperatoria.

## Conclusiones

Si bien la litiasis biliar tiene poca incidencia en la infancia, el interés despertado por esta patología hace cada vez más frecuente su estudio y diagnóstico.

La litiasis es mucho más frecuente en el sexo femenino, con una relación de 5:1 con respecto al masculino.

La edad de presentación de esta patología fue entre los 7 y 16 años.

Se debe realizar un prolijo diagnóstico diferencial con: apendicitis, infección urinaria, hernia hiatal, úlcera gastroduodenal y hepatitis, puesto que el cuadro de la litiasis suele confundirse con diversas afecciones abdominales.

El cuadro clínico es similar al del adulto. El dolor en hipocondrio derecho estuvo presente en la mayoría de nuestros casos, asociado a dolor en flanco derecho.

La ecografía de vesícula biliar constituye actualmente un elemento fundamental para el diagnóstico, desplazando en algunos aspectos a la colecistografía oral en la localización de los cálculos, la morfología del órgano y la vía biliar y la visualización de la misma en caso de vesícula excluida.

Preconizamos en los pacientes con enfermedad hemolítica portadores de litiasis, realizar la colecistectomía concurrente con esplenectomía. Basamos este criterio en la experiencia vivida con dos de nuestros pacientes (recidiva de litiasis post colecistotomía) y en algunas series de trabajos internacionales, los cuales son de pocos casos y con insuficiente seguimiento.

## Bibliografía

1. *Holcomb GW Jr, Holcomb G III*: Coleditiasis en lactantes, niños y adolescentes. *Pediatrics in Review* 11(9):269-275, 1990.
2. *Robertson JFR, Cavachi R, Sweet EM et al*: Cholelithiasis in childhood. *J Pediatr Surg* 23(3):246-249, 1988.
3. *Antillón Klusmann F, Arce Martínez G, Allende González F et al*: Coleditiasis en pacientes pediátricos. *Acta Ped Esp* 47(4):252-253, 1989.
4. *Ternberg JL*: Gallbladder disease in childhood, in John G Raffensperger (ed): *Swenson's Pediatric Surgery*. Fifth Edition 1990. 859-865.
5. *Avalos G, Ungar O, Zufriaga J*: Colesistitis y coleditiasis en niños. *Revista Chilena de Pediatría* 761-768 10/1963.
6. *Ballez M, Pascual I, Bachttler C et al*: Litiasis biliar en pediatría. *Revista de Cirugía Pediátrica*. Año 3, N°4 14-18, 1980.
7. *Wittington P & B*: Cholelithiasis in premature infante treated with parenteral nutrition and furocemide. *J of Pediat* 10:647-649, 1980.
8. *Borgna J, Pignatti C, D'Estefano P et al*: Cholelithiasis in children with thalasemia major and ultrasonographic study. *J of Pediat* 8:243-244, 1981.
9. *Sarnalk S, Slovis TI, Corbett DP, et al*: Incidence of cholelithiasis in sickle cell anemia using the ultrasonic gray-scale technique. *J of Pediat* 96(6):1005-1008, 1980.
10. *Sotelo-Avila C, Danis RK, Krafchik J, et al*: Cholecystitis in 17-year-old boy with recurrent jaundice since childhood. *J of Pediat* 112(4):668-674, 1988.
11. *Lachman LS, Lazerson J, Starshak RJ et al*: The prevalence of cholelithiasis in sickle cell disease as diagnosed by ultrasound and cholecystography. *Pediatrics* 64(5):601-603, 1979.
12. *Pellerin D, Bertin P, Nihoul-Fekete C et al*: Cholelithiasis and ideal pathology in childhood. *J Ped Surg* 10(1):35-41, 1975.

*Dr. Jorge Balleto*

Calle 14, 1631 (1900)  
La Plata - Argentina