

Perforación espontánea de la vía biliar en niños.

Dres. J.M. Martorelli, R.A. Pace, J.M. Moldes, R. San Miguel, J.C. Puigdevall, A. Iñón.

División Cirugía Pediátrica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La perforación espontánea de la vía biliar es una entidad poco frecuente y de etiología variable. Se presentan dos pacientes tratadas en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires. Las manifestaciones clínicas comunes a los dos pacientes fueron: distensión abdominal, ictericia, acolia, coluria y ascitis biliar. La conducta fue inicialmente quirúrgica, realizándose el diagnóstico de certeza mediante una colecistocolangiografía intraoperatoria. El tratamiento fue con drenaje del área colecistocolédociana y derivación de la vía biliar por colecistostomía, obteniéndose una recuperación satisfactoria de ambos pacientes.

Palabras clave: Perforación espontánea de la vía biliar

Summary

Spontaneous perforation of bile ducts (SPBD) is a rare event. We report two patients with SPBD managed at the Division of Pediatric Surgery of the Hospital Italiano at Buenos Aires. Abdominal distension, jaundice, acholic stools, choluria and biliary ascites were common findings among these patients. Surgical management was mandatory. Intraoperative cholangiogram was performed followed by drainage of the choledochal area and a cholecystostomy. Both patients recovered uneventfully.

Index words: spontaneous perforation of the bile ducts

Resumo

A perfuração espontânea da via biliar (PEVB) é uma entidade pouco frequente e de etiologia variável. São apresentados dois pacientes com PEVB tratados no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Italiano de Buenos Aires. As manifestações clínicas comuns aos nossos pacientes foram distensão abdominal, icterícia, acolia, colúria e ascite biliar. A colecistocolangiografia intra-operatória, e o tratamento com drenagem da área colecistocolédociana e derivação da via biliar por colecistostomia, obtendo-se recuperação satisfatória de ambos os pacientes.

Palavras chave: Perfuração espontânea da via biliar.

Introducción

La perforación espontánea de la vía biliar extrahepática (PEVB) no tiene causa demostrada. En los niños es poco frecuente y en el 80% de los casos, ocurre antes de los 2 meses de vida¹.

La PEVB sigue en frecuencia a la atresia de vía biliar como causa de colestasis neonatal de resolución quirúrgica.

Fuera del período neonatal las causas más probables de perforación de VB son el trauma o la lesión quirúrgica inadvertida. La etiología de la PEVB es incierta y el diagnóstico suele verse demorado por la vaguedad los síntomas. Presentamos dos pacientes con PEVB uno en período neonatal y otro en la primera infancia.

Material y método

Caso 1: Niño, 25 días de vida, nacido a término con peso adecuado para la edad gestacional (2.900 gr.). Fue derivado a nuestro servicio con diagnóstico de atresia de vías biliares. Sin antecedentes perinatólogicos de importancia. Ingresó en buen estado general, con ictericia, acolia, coluria y moderada distensión abdominal.

Laboratorio: BT 8 mg, BD 6.1 mg, TGO 62 Ui, TGP 51 Ui. Una ecografía abdominal demostró líquido libre en la cavidad y la vía biliar intrahepática levemente dilatada. La centellografía hepática con ácido imido acético (HIDA), informó acumulación del material en el sector hiliar y escasa eliminación hacia el tubo digestivo. Con diagnóstico presuntivo de quiste de colédoco, se realizó una laparotomía. La región del hilio hepático presentaba una intensa reacción inflamatoria. Por la presencia de coleperitoneo, se realizó la exploración de la vía biliar mediante una colecisto-colangiografía intraoperatoria que mostró una perforación en el conducto hepático común (Fig. 1) por encima de la unión del cístico con el colédoco. El resto de vía biliar estaba normal. Se colocó un drenaje aspirativo en el área y se efectuó una colecistostomía descompresiva. El informe de anatomía patológica de una biopsia hepática fue: colestasis sin otros cambios histopatológicos. Recibió antibióticos EV y alimentación parenteral. A los 10 días de tratamiento, se cerró espontáneamente la fistula biliar, y un nuevo estudio contrastado por la colecistostomía demostró indemnidad de vía biliar, por lo que se re-



Fig. 1: extravasación del contraste en el hepático común visto en la colangiografía intraoperatoria

tiró la derivación biliar y comenzó a alimentarse por vía oral con buena evolución.

Al mes del alta hospitalaria presentó una ascitis leve, realizándose diagnóstico ecográfico de hipertensión portal por cavernoma de la vena porta. A los 30 días había evidencia de recanalización de la misma. Actualmente al año de edad está asintomático. La vía biliar es normal en los controles ecográficos y presenta una buena curva de crecimiento pondoestatural.

Caso 2: Un niño de 3 años de edad, sano y sin antecedentes patológicos, ingresó a nuestro hospital en falla multisistémica, con asistencia respiratoria mecánica y con síndrome convulsivo. Presentaba distensión abdominal, ascitis e ictericia. Nueve días antes había sido intervenido quirúrgicamente en otro hospital con diagnóstico presuntivo de una apendicitis aguda. Los hallazgos referidos en la cirugía fueron un apéndice normal, adenomegalias mesentéricas y líquido libre en cavidad, de color amarillento.

Se realizó una abdominocentesis, obteniéndose un líquido biliioso con alto contenido de bilirrubina. Con diagnóstico de coliperitoneo, se realizó una ecografía abdominal, que confirmó líquido libre en la cavidad. La centellografía con HIDA, mostró una buena captación hepática del radiofármaco, sin pasaje al duodeno. En las imágenes tempranas, se observó la fuga del marcador hacia la cavidad abdominal, confirmando el diagnóstico de la perforación de la vía biliar.

El paciente fue estabilizado y operado a las 24 horas. Se encontró en el hilio hepático un gran proceso inflamatorio con líquido biliioso. La colecistografía mostró una perforación a nivel del conducto hepático común. Se realizó un lavado profuso de cavidad, colocación de un drenaje aspirativo en el sitio de la perforación y una colecistotomía descompresiva. Recibió antibiotioterapia sistémica y alimentación parenteral.

A los 12 días la fístula biliar externa, dejó de tener débito y una colangiografía mostró el cierre de la perforación y una leve dilatación de la vía biliar. La evolución fue favorable y fue dado de alta a los 15 días. Una colangiografía de control al mes, mostró la vía biliar íntegra, de calibre normal y con buen pasaje de contraste al duodeno. Luego de 7 años el niño se encuentra asintomático.

Discusión

La PEVB en niños es poco frecuente. La literatura muestra esporádicos reportes con casuísticas limitadas¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵.

Esta entidad se observa en el período neonatal. Suele aparecer entre la 2ª y 12ª semana de vida, y es excepcional en períodos tardíos de la vida¹⁻²⁻⁴⁻⁶. Diversas teorías intentan explicar la causa de la ruptura espontánea de la vía biliar. Johnston sugiere que el cuadro se produce por una anomalía localizada en la unión hepato cística, producida durante la embriogénesis de la vía biliar, que luego por una obstrucción permanente o reflujo pancreático, se perfora²⁻⁷. Otros sugieren causas como: traumatismos, estenosis congénitas, colelitiasis, colecistitis, ascariasis y alteraciones de la vascularización de la zona afectada. En resumen, todos coinciden en que coexistan una zona de debilidad localizada y un aumento de la presión

intraluminal, además de la causa que desencadene la perforación¹⁻²⁻⁶⁻⁸.

En ninguno de nuestros pacientes, se pudo conocer la causa de la ruptura biliar. La forma de presentación descrita habitualmente, se refiere a pacientes sanos hasta ese momento que debutan con vómitos, ictericia; acolia, coluria, distensión abdominal progresiva y letargia. El diagnóstico, suele ser tardío (más de 18 días) debido a lo inespecífico de las manifestaciones clínicas¹⁻³⁻¹⁰⁻¹³.

En el neonato, los síntomas fueron los referidos en la literatura, no así en el niño mayor, que manifestó un cuadro confuso, lo que llevó a una demora diagnóstica con severo compromiso del estado general. El diagnóstico se sospecha clínicamente y se ratifica con paracentesis que revela ascitis biliosa. Los estudios centellográficos con radioisótopos de excreción biliar son útiles para el diagnóstico ya que muestran el derrame del mismo en la cavidad abdominal. La ecografía no fue útil para el diagnóstico en nuestros pacientes. El sitio de perforación es generalmente la unión hepato-cística (40%). En un 45-60% se puede observar un saco inflamatorio, que no debe confundirse con la ruptura de un quiste de colédoco³⁻⁹.

El tratamiento es siempre quirúrgico. El coleperitoneo librado a su evolución espontánea, produce irritación peritoneal, sepsis y puede llevar a la falla multisistémica, como ocurrió en el Caso 2. En la operación, el proceso inflamatorio en el hilio hepático dificulta el acceso a la vía biliar, por lo que conviene comenzar la exploración radiológica de la misma por colecistocolangiografía, que en nuestros dos pacientes permitió ver la lesión de la vía biliar.

La conducta más adecuada es el drenaje local y la descompresión de la vía biliar, una vez que la causa obstructiva está descartada. No se recomiendan procedimientos más complejos como las derivaciones bilio-digestivas, si la vía biliar es normal²⁻³⁻⁷⁻¹². En caso de encontrar la vía alterada, esta conducta debe valorarse. En nuestra experiencia, la colecistotomía con drenaje peritoneal condujo a resultados satisfactorios.

Bibliografía

1. Agustín Asensio JC, Rivilla Parra F, Torres Nieto A, et al. Estudio etiopatogénico de la perforación espontánea del árbol biliar extrahepático en el neonato. *An Esp Pediatr*, 29 (6): 467-468, 1988.
2. Hammoudi SM and Alauddin A. Idiopathic perforation of the biliary tract in infancy and childhood. *J Pediatr Surg* 23: 185-187, 1988.
3. Kolbe A, Beaver B, Rosenbaum R, et al. Diagnosis of spontaneous perforation of the biliary tract in the newborn. *J of Pediatr Surg* 21: 1139-1142, 1986.
4. Ohkawa H, Takahashi H, Maie M. A Malformation of the pancreatico-biliary system as a cause of perforation of the biliary tract in childhood. *J of Pediatr Surg* 12: 541-546, 1977.
5. Poli ML, Lefebvre F, Ludot H, et al. Nonoperative management of biliary tract fistulas after blunt abdominal trauma in child. *J Pediatr Surg* 30: 1719-1721, 1995.
6. Lilly JR, Weintraub WH and Altman RR. Spontaneous perforation of the extrahepatic bile ducts and bile peritonitis in infancy. *Surgery* 75 (5): 664-673, 1974.
7. Fitzgerald RJ, Parbho K, Guiney EJ. Spontaneous perforation of bile ducts in neonates. *Surgery* 83 (3): 303-305, 1978.
8. Moore TC. Massive bile peritonitis in infancy due to spontaneous bile duct perforation with portal vein occlusion. *J Pediatr Surg* 10: 537-539, 1975.
9. Pinter A, Pilaszanovich Y, Schafer J, et al. Membranous Obstruction of the common bile duct. *J Pediatr Surg* 11: 839-840, 1975.
10. Donahue PK, Hendren WH. Bile duct perforation in a newborn with stenosis of the ampulla of Vater. *J Pediatr Surg* 322-324, 1990.
11. Saltzman DA, Snyder CL, Leonard A. Spontaneous perforation of the extrahepatic biliary tree in infancy. *Clin Pediatr (Phila)* 29(6): 322-324, 1990.
12. Friedland IR, De Villiers FP. Spontaneous bile duct perforation in an infant. A case report. *S Afr Med J* 74 (9): 465-466, 1988.

Trabajo presentado en el 31º Congreso Argentino de Cirugía Infantil. San Martín de Los Andes, Noviembre 1997.

Dr. Juan M. Martorelli
Gascón 450
Servicio de Cirugía Pediátrica
del Hospital Italiano de Buenos Aires.