

Informe de un caso interesante

Hidrocolecisto en el recién nacido. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dr. R. Alfredo Castañeda Ortiz,* Dr. Pedro S. Jiménez Urueta,* Dr. Rafael Alvarado García*

Resumen

Introducción: El hidrocolecisto como manifestación anatomoclínica de colecistitis, es raro en neonatos. En esta etapa de la vida la vesícula contiene un líquido cristalino. Puede asociarse a anomalías congénitas del cístico o del colédoco. Hay pocos casos documentados en la literatura. Se describe el caso de un recién nacido pretérmino en quien se detectó una masa abdominal en el cuadrante superior derecho al séptimo día de vida extrauterina. Tenía hiperbilirrubinemia indirecta. El ultrasonido abdominal mostró crecimiento de la vesícula. Se operó al décimo día de vida debido a la persistencia de la masa con el diagnóstico de quiste del colédoco. Se encontró la vesícula distendida; una colangiografía transoperatoria reveló una anomalía del conducto cístico. Se efectuó colecistectomía.

Discusión. Esta rara patología, debe sospecharse cuando exista una masa en el cuadrante superior derecho en un recién nacido. Entre los factores que causan este problema obstructivo, está la angulación del cístico como sucedió en este caso. El tratamiento siempre es quirúrgico.

Palabras clave: Vesícula, colecistitis, hidrocolecisto, hiperbilirrubinemia, colédoco.

Introducción

La patología de la vesícula biliar en la edad pediátrica comprende la hidrocolecistitis, la colecistitis acalculosa y la colelitiasis de origen hemolítico y de origen no hemolítico.

La hidrocolecistitis que causa distensión de la vesícula biliar, es infrecuente. En la actualidad se diagnostica con mayor frecuencia. Los crecimientos no calculosos de la vesícula biliar, pueden deberse a diversas enfermedades entre las que destacan la escarlatina, la enfermedad de Kawasaki, la diarrea, la adenitis mesentérica, la leptospirosis, etc.¹⁻³

Abstract

Introduction: Hydrops of the gallbladder as an anatomoclinical expression of cholecystitis is unusual in neonates. It consists in the presence of a crystalline fluid in the gallbladder. It may be associated with congenital abnormalities of the cystic or of the common bile duct. Few cases have been reported in the literature. We describe the case of a preterm newborn baby girl who presented with an abdominal mass at the right upper quadrant on the 7th day of extrauterine life. Laboratory tests showed indirect hyperbilirubinemia. Abdominal ultrasonography showed an enlarged gallbladder. She was operated on the 10th day of life with the diagnosis of common bile duct cyst. A distended gallbladder was found. A transoperative cholangiography showed an abnormal cystic duct. A cholecystectomy was performed.

Discussion: Hydrocholecyst is a rare condition for which the pediatrician should be alert in the presence of an abdominal mass in right upper quadrant. Among the factors responsible for this obstructive problem, is a cystic angle as in this case. Surgical treatment is indicated in every case.

Key words: Gallbladder, cholecystitis, hydrocholecystis, jaundice, hyperbilirubinemia, common bile duct.

La hidrocolecistitis se ha visto en pacientes con sepsis neonatal, en malformaciones del conducto cístico o en obstrucciones secundarias a crecimientos de nódulos linfáticos. Se inicia con acumulación de bilis de color verde oscuro; poco tiempo después se reabsorbe, y se substituye por un líquido claro de consistencia serosa^{2,3}.

Niña de siete días de vida, producto de la primera gesta de una madre de 24 años, que cursó con amenaza de parto prematuro en la 24 y 30 semanas de gestación. En la semana 30 tuvo preeclampsia para la que recibió betametasona para inducción de maduración pulmonar. En la semana 34 se interrumpió el embarazo. Se obtuvo un producto con Apgar de 8-9 y peso de 1,655 g. Evolucionó con hiperbilirrubinemia multifactorial que requirió fototerapia. Al cuarto día de vida presentó distensión abdominal que hizo sospechar enterocolitis necrosante. Se le colocó una sonda orogástrica y se inició nutrición parenteral así como antibióticos a base de ampicilina y amikacina a dosis habituales. En el séptimo

* Servicio de Cirugía Pediátrica. CMN 20 de Noviembre. ISSSTE

Correspondencia: Dr. R. Alfredo Castañeda Ortiz. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Félix Cuevas No. 540. Col. del Valle México 03100 D.F.

Recibido: abril, 2003. Aceptado: junio, 2003.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

día, se palpó una masa ovoide, renitente de 2 a 3 cm de diámetro en el cuadrante superior derecho que rebasaba 6-7 cm el borde costal. Laboratorio: Biometría hemática. Hb, 14.9 g/dL; Hct, 44%; leucocitos, 8,600 con diferencial normal. Bilirrubinas totales 11.8 g/dL; indirecta 11.5; Na 140 mEq/L, K 4.8 mEq/L, creatinina 0.8 mg/dL, BUN 7 mg/dL, glucosa 123 mg/dL. No se determinó fosfatasa alcalina. Hemocultivo positivo para *Escherichia coli*. Ultrasonido. Masa quística en la región infrahepática (Figura 1). La tomografía axial computada corroboró la masa (Figura 2). Al décimo día de vida se operó con el diagnóstico de probable quiste de colédoco y se hizo colangiografía transoperatoria. Se encontró la vesícula aumentada de tamaño (Figura 3); se obtuvo un líquido cristalino por punción, sin material biliar. La colangiografía transoperatoria mostró colédoco normal

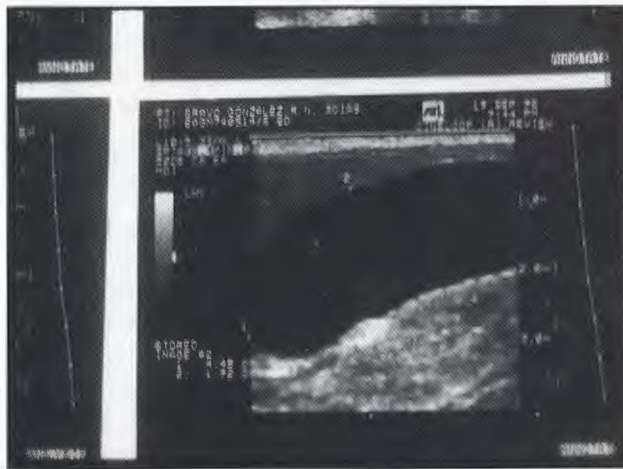


Figura 1. Ultrasonido hepático que muestra una imagen quística debajo del parénquima hepático.

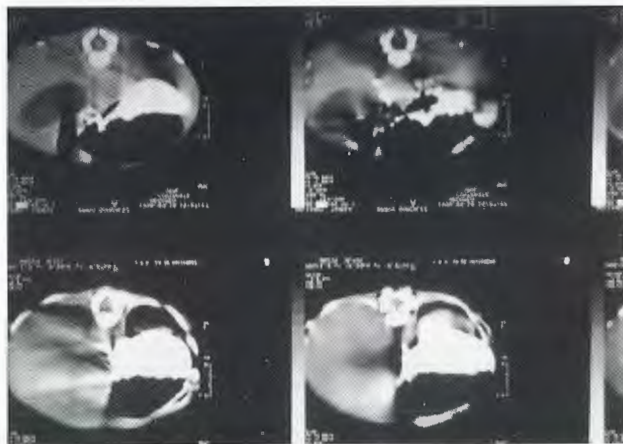


Figura 2. La tomografía muestra una imagen ovoide debajo e íntimamente adherido al hígado.

y cístico paralelo al colédoco, como se muestra en la figura 4. Se realizó colecistectomía. El informe de patología fue de colecistitis crónica. En el cultivo del líquido vesicular no hubo desarrollo de bacterias.



Figura 3. Fotografía transoperatoria que muestra el gran volumen de la vesícula biliar.

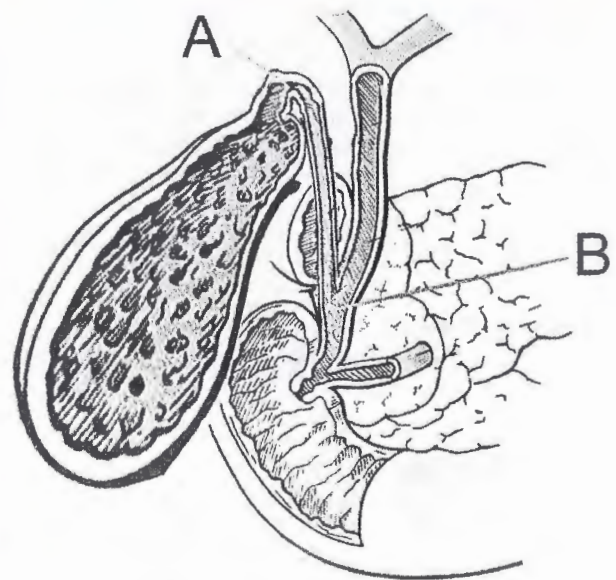


Figura 4. Diagrama que muestra los datos transoperatorios. A. Obstrucción proximal a la vesícula causada por la angulación debida al crecimiento vesicular. B. Disposición anómala que hace difícil la llegada de la bilis a la vesícula.

Discusión

El hidrocolecisto es una variedad anatomoclínica de colecistitis, muy rara en la etapa neonatal ¹. Se manifiesta como una masa abdominal renitente y móvil en el cuadrante superior derecho ². En esta etapa de la vida la vesícula

contiene un líquido cristalino. Puede asociarse a anomalías congénitas del cístico o del colédoco^{1,3}. El estudio anatómico-patológico en estos casos es compatible con colecistitis crónica. Por el contrario, en la colecistitis alitiásica, el líquido retenido es biliar y el estudio de patología muestra inflamación aguda^{3,4}. La exploración física y los estudios de gabinete pueden orientar al diagnóstico, pero los hallazgos en la cirugía y el estudio de patología lo confirmaron. El crecimiento de la vesícula biliar fácilmente puede confundirse con crecimiento vesicular del neonato en ayuno.

Es difícil pensar en hidrocolecisto en presencia de una masa abdominal del cuadrante superior derecho en el neonato; es más común pensar en colecistitis aguda del neonato que se presenta como una masa renitente en la zona de la vesícula y en el niño mayor^{3,5-9}; sin embargo, este diagnóstico no suele ser la primera posibilidad. En orden de frecuencia, existen otras entidades en esta localización como hidronefrosis, quiste del colédoco, duplicación intestinal, quiste de epiplón y mesenterio, etc., por lo que es más frecuente pensar primeramente en estas entidades.

La exploración física y los estudios de gabinete en nuestro neonato permitieron sospechar quiste del colédoco.

Llamó la atención el crecimiento importante de la masa al séptimo día de vida, así como la disminución de su tamaño cuando se examinó bajo anestesia minutos antes de la exploración quirúrgica. Este dato es característico de vaciamiento intermitente de una cavidad o de un quiste.

Se han informado diez casos de colecistitis en el recién nacido; en ocho de ellos se realizó colecistectomía⁴. En esta revisión sólo destacó la presencia de hidrocolecisto. Esta última entidad es aún más rara. Su característica fundamental es la presencia de líquido cristalino en la vesícula con ausencia de pigmento biliar¹.

Algunos autores^{5,6} han informado anomalías congénitas del conducto cístico o del colédoco. En nuestro neonato había un drenaje anormal del conducto cístico al colédoco

el cual era paralelo a este último y terminaba prácticamente en la unión con el duodeno. Aunque es muy variable la anatomía de los conductos biliares, lo habitual es que el conducto cístico termine en situación perpendicular al colédoco o con un ángulo de 40 a 90 grados. La anomalía de nuestro caso, observada en la colangiografía transoperatoria y la presencia de líquido cristalino en la vesícula sugieren que había obstrucción parcial del cístico al colédoco con paso unidireccional del moco colectado en la vesícula y vaciamiento intermitente; pero la ausencia de pigmento biliar en la vesícula, indicaba que no había paso de secreción biliar del colédoco al cístico y posteriormente a la vesícula. La angulación del cístico y su ubicación paralela al colédoco, fue un factor más para explicar los eventos en esta recién nacida¹⁻³.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robinson A, Erwin J, Wiseman H. Cholecystitis and hydrops of the gallbladder and the newborn. *Radiology* 1977;12:749-51
2. Washburn M, García PJ. Uncommon cause of a right upper quadrant abdominal mass in the newborn: acute cholecystitis. *Am J Surg* 1980;142:704-5
3. Bunyapen CH, Howell C, Kanto W. Cholecystitis in a preterm infant. *Clin Pediatr* 1985;25:96
4. Trynelis V, Hrabovsky E. Acalculous cholecystitis in the neonate. *AJDC* 1985;139:893-5
5. Holcomb G, O'Neill J, Holcomb III G. Cholecystitis, cholelithiasis and common duct stenosis in children and adolescents. *Ann Surg* 1980;191:626-34
6. Takiff H, Fonkalsrud EW. Gallbladder disease in childhood. *AJDC* 1984;138:565-8
7. Crystal R, Fink RL. Acute acalculous cholecystitis in childhood. *Clin Pediatr* 1997;10:423-6
8. Diener AK. Colecistitis y colecistolitiasis en el niño. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1981;38:599-606
9. Bemier V, Roussel A, Lahaye D. Hydrocholecystitis in children and newborn infants. *Annales de Pédiatrie* 1989;36:187-92
10. Pieters G. Congenital hydrocholecystitis. *Annales de Chirurgie Infantile* 1969;10:421
11. O'Neill JA. Gallbladder disease and hepatic infection. In: *Pediatric Surgery*. 5ª Ed. Mosby, Boston 1998;pp1495-9