

Caso Clínico

Colelitiasis en un niño de 11 años.

Juan Antonio García Sánchez, Francisco Javier Palau Cuevas, Indira Hernández Rangel, María Rey Múgica

Antecedentes Personales:

No antecedentes médicos de interés. Calendario vacunal completo hasta la fecha. No RAM conocidas.

Antecedentes Familiares:

Madre cálculos biliares e hipertiroidismo, abuelos maternos cardiopatía isquémica.

Historia Clínica: Paciente niño de 11 años que presenta dolor abdominal habitual, a diario, de tipo cólico y predominio en hemiabdomen derecho de más un mes de evolución, asociado a aerofagia y eructos persistentes. En ocasiones el dolor es muy intenso, se acompaña de palidez y sensación de mareo, lo que le limita su actividad habitual, provocando absentismo escolar desde hace un mes. Los padres han solicitado por este motivo un profesor a domicilio, siendo concedido por el Servicio de Inspección Educativa. Ha acudido en varias ocasiones al servicio de urgencia hospitalaria, siendo diagnosticado de dolor abdominal inespecífico.

Los padres detectan al mismo tiempo pérdida de peso y disminución de la ingesta por lo que deciden acudir a consulta con su pediatra del centro de salud. Se solicita estudio analítico con hemograma y coagulación dentro de valores normales, bioquímica sanguínea normal con transaminasas, bilirrubina, LDH, amilasa y PCR normales, sistemático de orina y urocultivo negativos, coprocultivo y parásitos en heces negativos, serología sd. Mononucleósico negativos.

Se realiza ecografía en centro de salud con sonda convex a 5 mhz y lineal a 7.5 mhz, detectando una vesícula de tamaño normal con pared no engrosada, con imagen en su interior hiperecogénica de unos 6 mm de diámetro transversal mayor, aparentemente no movilizable, con sombra acústica; se deriva a atención especializada con sospecha clínica de colelitiasis. La ecografía realizada en el hospital es coincidente con los hallazgos descritos, ante la duda diagnóstica realizan RMN hepática centrada en vesícula para filiar la lesión, incluyendo estudio de difusión y dinámico tras gadolinio y secuencias RM-colangiográficas, dando como resultado: colelitiasis múltiple con barro biliar organizado, sin lesiones hipervasculares intraluminales, sin signos de colecistitis

ni coledocolitiasis ni otra complicación asociada. (Figura 1-4)



Figura 1.



Figura 2

Diagnóstico: Colelitiasis Múltiple

Tratamiento: Se inicia tratamiento en servicio de digestivo con ácido ursodesoxicólico caps. 150 mg/12 horas y esomeprazol 20 mg/día durante 3 semanas sin mejoría clínica. Se decide colecistectomía laparoscópica en servicio de cirugía pediátrica realizándose sin complicaciones, con la desaparición de la sintomatología clínica y el restablecimiento de su actividad habitual, incluida la asistencia normalizada a centro escolar.



Figura 3



Figura 4

DISCUSION:

La colelitiasis o litiasis biliar es una patología infrecuente en la edad pediátrica; aunque, con los avances tecnológicos, su diagnóstico ha aumentado exponencialmente. Cursa de manera asintomática en un elevado número de casos, pero en ciertas circunstancias, la falta de diagnóstico y tratamiento adecuados pueden ocasionar morbilidad. En el 20 % de los casos la vesícula es normal, en menos de un 10% pueden asociarse a colecistitis aguda y hasta un 70% pueden presentar algún signo de colecistitis crónica. Aproximadamente un 40% de los casos en la infancia son de origen idiopático sobre todo en los menores de un año.

En menor proporción pueden asociarse a: enfermedades hemolíticas, sepsis, GEA por E.Coli, salmonella, klebsiella y algunos hongos enfermedad hepatobiliar, nutrición parenteral, malabsorción, obesidad, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, diabetes, síndrome de Burnett (sobrecarga alcalina), hiperparatiroidismo, déficit de IgA secretora, valvulopatía, cirugía abdominal o cardíaca, grandes prematuros, uso de cefalosporinas de

tercera generación o furosemida. Los cálculos suelen localizarse en vesícula o colédoco, siendo excepcional la obstrucción a nivel del cístico o vía biliar intra o extrahepática. En nuestro entorno la frecuencia se sitúa en torno a 0.13-0.22%. Puede aparecer en cualquier edad, en la adolescencia predomina fundamentalmente el sexo femenino. A diferencia del adulto, en el niño predominan los cálculos de tipo pigmentario (80%), con bilirrubina y carbonato cálcico en su composición, menos frecuentes son los cálculos mixtos (19%) y de colesterol puros (<1%). Clínicamente pueden ser asintomáticos y descubrirlo de forma casual al hacer ecografía por otro motivo, o sintomáticos: dolor abdominal, náuseas, vómitos, el dolor suele ser de tipo cólico de minutos e incluso horas de duración en hemiabdomen superior derecho, que irradia a hipocondrio derecho o escápula y puede acompañarse de fiebre y/o ictericia. Las complicaciones no suelen ser habituales, pudiendo dar: infección (colecistitis/colangitis), pancreatitis y excepcionalmente perforación y peritonitis. El método diagnóstico más sensible y específico es la ecografía (98%), pudiéndose detectar la presencia de barro biliar o cálculos, que se visualizan como una imagen hiperecogénica que deja sombra acústica, siendo posible detectar su movilidad con los cambios de posición del paciente. La colangiografía es útil para casos en que la ecografía no es concluyente o no permite la exploración de toda la vía biliar.

La colelitiasis asintomática, sin enfermedad de base ni factores de riesgo asociados no precisa en principio tratamiento. El tratamiento quirúrgico (colecistectomía) se reserva para aquellos casos sintomáticos o complicados (colecistitis, pancreatitis, cólicos biliares.).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- C.Díaz Fernández, M.D. Ponce Dorrego. Colelitiasis. *Pediatr Integral* 2015;XIX (3): 214-223
- 2- M.R. Cozcolluela Cabrejas, L.A.Sanz Salanova et al. Colelitiasis en la infancia en un Hospital de Area. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(6):611-4
- 3- J.L.Ruibal Francisco, E.Aleo Luján et al. Colelitiasis en la infancia. Análisis de 24 pacientes y revisión de 123 casos publicados en España. *An Esp Pediatr* 2001, 54: 120-125.
- 4- Jan Svensson, Erica Makin. Gallstone disease in children. *Seminars in Pediatric Surgery* (2012) 21, 255-265
- 5- D.Debray, D.Pariante DA. Myara,O.Bernard. Cholelithiasis in infancy: A study of 40 cases. *The Journal of pediatrics*, volume 122, issue 3, 1993, 385-391
- 6- D.A. Rodríguez Rangel. A.P. Pinilla Orejarena et al. Cálculos biliares asociados al uso de ceftriaxona en niños. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(2):77-80
- 7- Babiano Fernández M.A., Quiles Tello D. Litiasis biliar asintomática en niña de 2 años. *FMC*.2015;22(1):53-7