

Colecistectomía en niños: nuestra experiencia con 37 casos

A. Armas Álvarez, P. Taboada Santomil, A. Bautista Casanovas, E. Estévez Martínez, R. Méndez Gallart, R. Varela Cives

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servicio de Cirugía Pediátrica.

RESUMEN

Introducción. Las indicaciones de colecistectomía en niños han experimentado un cambio gradual y el número de colecistectomías ha incrementado, considerando a la colecistectomía laparoscópica de elección.

Objetivo. Determinar las indicaciones, tipo de colecistectomía, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones, procedimientos concomitantes y hallazgos anatomopatológicos.

Material y método. Estudio descriptivo. Revisión de 37 historias clínicas de pacientes colecistectomizados.

Resultados. Evaluamos 37 pacientes (16 niños y 21 niñas) con edad media 9 años. Las indicaciones fueron: litiasis biliar 33, colecistitis aguda 2, tumor de vesícula 1 y vesícula tabicada 1. El 68% fueron colecistectomías laparoscópicas (tiempo operatorio: 84 minutos y estancia hospitalaria: 8 días) y el 32% abiertas (tiempo operatorio: 103 minutos y estancia hospitalaria: 14 días). Como complicación laparoscópica hubo una apertura accidental del conducto hepático común. Procedimientos concomitantes fueron: 9 colangiografías intraoperatorias, 5 biopsias hepáticas, 3 esplenectomías, 2 apendicectomías, entre otros. La anatomía patológica mostró: colecistitis litiasica crónica 30, vesícula normal 3, colecistitis crónica 1, adenocarcinoma de vesícula 1, cambios inflamatorios crónicos 2.

Conclusiones. La principal indicación de colecistectomía fue la litiasis biliar. La mayoría fueron colecistectomías laparoscópicas con tiempo operatorio y estancia hospitalaria más cortos. La colangiografía intraoperatoria, biopsia hepática y esplenectomía fueron los procedimientos concomitantes más frecuentes. El hallazgo anatomopatológico principal fue la colecistitis litiasica crónica.

PALABRAS CLAVE: Colecistectomía; Colelitiasis; Niños.

CHOLECYSTECTOMY IN CHILDREN: OUR EXPERIENCE WITH 37 CASES

SUMMARY

Introduction. The indications of cholecystectomy in children had undergone a gradual change and the number of cholecystectomies had increased, considering to the laparoscopic cholecystectomy of election.

Objective. To determine the indications, type of cholecystectomy, operative time, hospital stay, associate complications, concomitant procedures and pathologic findings.

Correspondencia: Azucena Lirio Armas Alvarez. Av. Fray Rosendo Salvado Nº 9, 6B. 15701 Santiago de Compostela.

Recibido: Junio 2008

Aceptado: Junio 2009

Material and method. Descriptive study. Revision of 37 clinical histories of cholecystectomies patients.

Results. We evaluate 37 patients (16 boys and 21 girls) with age average 9 years. The indications were: cholelithiasis 33, acute cholecystitis 2, gallbladder tumor 1 and septate gallbladder 1. 68% were laparoscopic cholecystectomies (operative time: 84 minutes and hospital stay: 8 days) and 32% open cholecystectomies (operative time: 103 minutes and hospital stay: 14 days). Laparoscopic complication was one unexpected opening of common hepatic duct. Concomitant procedures were: 9 intraoperative cholangiography, 5 hepatic biopsies, 3 splenectomies, 2 appendectomies. The pathologic anatomy showed: chronic lithiasic cholecystitis 30, normal gallbladder 3, chronic cholecystitis 1, gallbladder adenocarcinoma 1, chronic inflammatory changes 2.

Conclusions. The main indication of cholecystectomy was the cholelithiasis. The majority were laparoscopic cholecystectomies with shorter operative time and shorter hospital stay. The intraoperative cholangiography, hepatic biopsy and splenectomy were the more frequent concomitant procedures. Main pathologic finding was the chronic lithiasic cholecystitis.

Key words: Cholecystectomy; Cholelithiasis; Child

INTRODUCCIÓN

El número de colecistectomías en niños ha incrementado debido a un mejor conocimiento de la patología de la vesícula biliar como causa de dolor abdominal, el uso rutinario de la ultrasonografía en la evaluación del dolor abdominal y el incremento de la prevalencia de la discinesia biliar y de la colelitiasis^(1,2).

La patología de la vesícula biliar en niños comprende: anomalías congénitas que son raras, la colelitiasis y enfermedad vesicular acalculosa, que están siendo diagnosticadas con mayor frecuencia^(3,4).

La discinesia biliar se caracteriza por una deficiente contractilidad de la vesícula biliar y la presencia de cristales de colesterol dentro de la bilis con una fracción de eyección menor de 35% demostrada en un scáner durante la inyección de colecistoquinina⁽⁵⁾. Algunos estudios demuestran que actualmente es la indicación más común de colecistectomía en niños⁽¹⁾.

La colelitiasis se caracteriza clínicamente por cólico biliar, vómitos e ictericia. La sintomatología inespecífica se presenta principalmente en niños menores de 5 años⁽⁶⁾. No obstante en el 40% de niños el diagnóstico se obtiene como hallazgo casual o al realizar un estudio ecográfico en pacientes con factores de riesgo^(7,8). Sus factores predisponentes son: anemia hemolítica (esferocitosis hereditaria, talasemia y anemia de células falciformes), uso de algunos fármacos como opioides, ceftriaxona, furosemida y tratamiento antitumoral; nutrición parenteral, enfermedades metabólicas, resección ileal =, obesidad, sexo femenino, entre otros⁽⁷⁾.

La ecografía es la técnica más sensible y específica para el diagnóstico. Los exámenes de laboratorio en sangre no son útiles en el diagnóstico, ya que hasta el 50% de pacientes sintomáticos tienen resultados normales⁽⁶⁾.

Las complicaciones de la colelitiasis ocurren con poca frecuencia e incluyen: colecistitis, ictericia, colangitis, pancreatitis biliar, coledocolitiasis y predisposición a carcinoma de vesícula en la vida adulta^(4,9).

El tratamiento de la colelitiasis puede ser de actitud expectante en pacientes asintomáticos y en menores de 2 años de edad. Este manejo se basa en la desaparición espontánea de la litiasis en este grupo etáreo. El manejo quirúrgico comprende la colecistectomía y la colecistolitotomía. La colecistectomía está indicado en pacientes sintomáticos o pacientes asintomáticos con persistencia de litiasis después de 6 a 12 meses de observación^(4,10).

Actualmente la colecistectomía laparoscópica constituye la técnica quirúrgica de elección⁽¹¹⁾. La colecistolitotomía indicada para la colelitiasis sintomática, ha demostrado estar asociado a colelitiasis recurrente y discinesia de la vesícula⁽¹⁰⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se evaluaron 37 pacientes colecistectomizados entre los años 1987 y 2007. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y recogidos en una hoja de recolección e incluyeron: filiación, indicación de la colecistectomía, tipo de colecistectomía, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, procedimientos asociados y hallazgos anatomopatológicos. Para el análisis estadístico se utilizó la distribución de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

La distribución por sexo en nuestros pacientes fue 21 mujeres y 16 varones. La edad media al procedimiento fue 9 años. 14 pacientes presentaron comorbilidad asociada: esferocitosis hereditaria 4, leucemia linfática aguda común 1, linfoma no hodkin óseo 1, enfermedad de Caroli 1, síndrome de Down 1, síndrome de Prader Willi y reflujo gastroesofágico 1, acondroplasia y tumor de vesícula 1, estenosis valvular pulmonar

moderada y déficit de alfa 1 antitripsina 1, portador de prótesis metálica aórtica con anticoagulación 1, varicocele izquierdo 1 y déficit de alfa 1 antitripsina 1. El 73% de nuestros pacientes presentaron síntomas caracterizados por dolor abdominal en cuadrante superior derecho y vómitos. Las indicaciones para la colecistectomía fueron: litiasis biliar 33 (89%), colecistitis aguda 2(5%), carcinoma de vesícula 1(3%) y vesícula tabicada 1(3%). Se realizaron 25 colecistectomías laparoscópicas con un tiempo operatorio medio: 84 minutos, estancia hospitalaria media: 8 días y hubo 1 complicación: apertura accidental del conducto hepático común que requirió reconversión a procedimiento abierto. Se realizaron 12 colecistectomías abiertas con tiempo operatorio medio: 103 minutos. La estancia hospitalaria media fue 14 días en pacientes sin comorbilidad asociada, mientras que en el grupo con comorbilidad asociada fue de 28 días. No hubo complicaciones. Se realizaron: 9 colangiografías intraoperatorias, 3 exploraciones del colédoco y coledocotomías, 4 colocaciones de tubo en T y 5 biopsias hepáticas. Otros procedimientos concomitantes fueron: 3 esplenectomías, 2 apendicectomías, 1 plastia antirreflujo de nissen, 1 ligadura laparoscópica de varicocele izquierdo y 1 plastia de frenillo prepuccial. La anatomía patológica mostró: colecistitis crónica litiasica 30, vesícula normal 3, colecistitis crónica 1, adenocarcinoma de vesícula 1 y cambios inflamatorios crónicos 2.

DISCUSIÓN

El 73% de nuestros pacientes presentaron sintomatología. En otras series pediátricas la sintomatología fue similar⁽⁷⁻⁹⁾. Solo el 23% fueron asintomáticos, resultado similar a otros estudios que reportan cifras de 20 a 46%^(7,12,13). Estos niños son diagnosticados por lo general al realizar una ecografía abdominal por otros motivos.

La indicación más frecuente de colecistectomía en nuestra serie fue la colelitiasis sintomática y aquellos niños asintomáticos en quienes la colelitiasis persistió a pesar del manejo expectante. El tratamiento de la colelitiasis asintomática es un tema de controversia. Los estudios a favor del manejo conservador sugieren que la mayoría de pacientes permanecen asintomáticos y solo el 1 a 4% de pacientes desarrollan síntomas o complicaciones^(4,14). Por otro lado se argumenta que la cirugía está indicada en la colelitiasis asintomática dado que el tiempo operatorio, estancia hospitalaria y las complicaciones son significativamente menores para los casos electivos comparados a los de emergencia. La mayoría de centros recomienda la remoción de cálculos en colelitiasis asintomática secundaria a enfermedad hemolítica y colelitiasis persistente^(11,15).

Otra indicación de colecistectomía en nuestro estudio fue la colecistitis aguda. Esta patología es muy poco frecuente en la niñez; suele ser alitiásica y puede ser una complicación de otra infección, de enfermedad prolongada o trauma⁽¹⁶⁾. Hubo un carcinoma de vesícula en un paciente acondroplásico. Este tumor es extremadamente raro en la niñez y la mayoría están

asociados con un grupo étnico⁽¹⁷⁾. La vesícula tabicada fue otra indicación de colecistectomía. Ocurre en el 5% de vesículas, puede originar éstasis con aumento de la presión causando dolor. La éstasis produce inflamación y formación de litos⁽¹⁸⁾.

Nosotros hallamos un tiempo operatorio y una estancia hospitalaria más cortos en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica comparados a aquellos sometidos a cirugía abierta, no obstante dado nuestro pequeño número de pacientes en cada grupo no se puede establecer diferencia con significancia estadística. En el grupo de colecistectomía abierta, la comorbilidad asociada incrementó la estancia hospitalaria.

Respecto a las complicaciones hubo una apertura accidental del conducto hepático común durante una colecistectomía laparoscópica que precisó reconversión a procedimiento abierto.

Aunque la colecistectomía abierta es un procedimiento seguro y eficaz, la colecistectomía laparoscópica constituye el método standard para la colecistectomía en niños^(4,9,12).

Se realizó colangiografía intraoperatoria en 9 pacientes en el grupo de colecistectomía abierta hallándose cálculos en el colédoco en 3 pacientes. Su realización rutinaria es tema de controversia, ya que incrementa significativamente el tiempo operatorio durante la cirugía abierta o laparoscópica sin aumentar el rendimiento de hallazgos positivos^(9,12). Actualmente sus indicaciones son: presencia de ictericia o pancreatitis, cálculos pequeños, patrón obstructivo en los tests de función hepática o un ultrasonido preoperatorio con la vía biliar dilatada con o sin cálculos⁽¹⁾.

En 22% de los casos se realizaron otros procedimientos concomitantes a la colecistectomía que incrementó el tiempo operatorio y estancia hospitalaria sólo en dichos pacientes.

El estudio anatomopatológico demostró colecistitis litíase crónica en el 81% de casos. Todas las series revisadas confirman nuestro hallazgo y reportan a la colecistitis crónica como el hallazgo más frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balaguer E, Price M, Burd R. National Trends in the Utilization of Cholecystectomy in Children. *J Surg Research* 2006; 134: 68-73.
2. Vegunta R, Raso M, Pollock J, Misra S, Wallace L, Torres A, et al. Biliary dyskinesia: The most common indication for cholecystectomy in children. *Surgery* 2005; 138(4): 726-733.
3. Stringer M. Gallbladder disease and Cholelithiasis. In *Surgery of The Liver Bile Ducts And Pancreas in Children*. 2 ed. London, 2002; 189-208.
4. Holcomb G, Andrews W. Gallbladder Disease and Hepatic Infections. In *Grosfeld J. Pediatric Surgery*. 6 ed. Philadelphia, Mosby, 2006; 1635-1642.
5. Scott R, Kolts R, Park R, Heikenen J. A comparison of cholecystectomy and observation in children with biliary dyskinesia. *J Pediatr Surg* 2006; 41: 1894-1898.
6. Wesdorp I, Bosman D, Graaff A, et al. Clinical Presentations and Predisposing Factors of Cholelithiasis and Sludge in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 411-417.
7. Ruibal J.L, Aleo E, Alvarez A, et al. Colelitis en la infancia. Análisis de 24 pacientes y revisión de 123 casos publicados en España. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 120-125.
8. Cozcolluela M, Sanz L.A, Martinez-Berganza M.T, et al. Colelitis en la infancia en un Hospital de Area. *An Pediatr* 2007; 66(6): 611-614.
9. Lugo-Vicente H. Trends in management of gallbladder disorders in children. *Pediatr Surg Int* 1997; 12: 348-352.
10. Roques J.L, Gutierrez M.A, Zambudio C.A, et al. Tratamiento quirúrgico de la colelitis en el niño. El papel de la Colecistotomía. *Cir Pediatr* 2003; 16: 186-188.
11. Holcomb G, Morgan W, Neblett W, et al. Laparoscopic Cholecystectomy in children: Lessons Learned From the First 100 Patients. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 1236-1240.
12. Iwanczak F, Stawarski A, Iwanczak B, et al. Presentation of Gallbladder Stones and Choledochal Stones in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 39Supl 1: 165-166.
13. Klar A, Revel-Vilk S, Akerman Y, et al. Cholelithiasis & Choledocholithiasis in Children Under 2 year a follow-up Study on 31 children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28(5): 582-583.
14. Miltenburg D, Schaffer R, Breslin T, et al. Changing Indications for Pediatric Cholecystectomy. *Pediatrics* 2000; 105(6):1250-1253.
15. Al-Salem AH, Qaisaruddin S, Al-Dabbous I, et al. Cholelithiasis in children with sickle cell disease. *Pediatr Surg Int* 1996; 11: 471-473.
16. Hervas I, Alonso J, García L, Saura L, Bello P, Rivas A, et al. Gammagrafía hepatobiliar en un caso de colecistitis aguda en la infancia. *Rev Esp Med Nuclear* 2000; 19(5): 361-364.
17. Eire PF, Pintos E, Jardon JA, Estévez E, Varela Cives R. Gallbladder carcinoma in an achondroplastic boy. *Eur J Pediatr Surg* 1995; 5(5): 313-314.
18. Perez-Torres E, Espino-Cortes H, Bernal-Sahagún F. Vesícula biliar doble. Informe de un caso. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2004; 67(2): 94-97.