

# Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen  
Volume **3**

Número  
Number **4**

Octubre-Diciembre  
October-December **2005**

*Artículo:*

Un caso de hidrocolecisto en un  
preescolar masculino de 4 años de edad

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**medigraphic.com**



# Un caso de hidrocolecisto en un preescolar masculino de 4 años de edad

Fernando Elizundia Charles,\* José Manuel Sampedro Pereda,\*\*  
Erika Mueller Wust,\*\* Alejandro Weber Sánchez\*\*\*

## Resumen

Preescolar masculino con un síndrome doloroso abdominal de 12 horas de evolución, sin antecedentes relacionados con el padecimiento y exámenes de laboratorio normales. Se realiza diagnóstico de hidrocolecisto mediante placa simple de abdomen, ultrasonido y tomografía axial computarizada y se comprueba y resuelve mediante colecistectomía endoscópica. La evolución postquirúrgica fue excelente.

**Palabras clave:** Colecistitis, hidrocolecisto, cálculos biliares, dolor abdominal, hipersensibilidad abdominal y colecistectomía.

## Summary

Previously healthy male child four years old, with a history of 12 hour abdominal pain. He had normal laboratory exams. We made the diagnosis of gallbladder hydrops by means of plain abdominal radiology, abdominal ultrasound and computed axial tomography. This diagnosis was corroborated and resolved by laparoscopic cholecystectomy. The clinical evolution was satisfactory.

**Key words:** Cholecystitis, gallbladder hydrops, biliary stones, abdominal pain, abdominal tenderness, laparoscopic cholecystectomy.

## OBJETIVOS

1. El objetivo de esta presentación es el de describir las manifestaciones clínicas del cuadro de hidrocolecisto en un paciente de 4 años de edad, previamente sano, sin manifestaciones clínicas previas o adyacentes.

2. Alertar nuestro pensamiento clínico ante un cuadro de síndrome doloroso abdominal raro en las edades pediátricas.
3. Delinear el abordaje clínico y exámenes de laboratorio y gabinete para confirmar el diagnóstico.
4. Describir el manejo de esta situación y el éxito rutinario del mismo.

## INTRODUCCIÓN

El hidrocolecisto es un crecimiento no inflamatorio ni por cálculos de la vesícula biliar, que con frecuencia se asocia a otras enfermedades y que se presenta con dolor abdominal, vómito, hipersensibilidad del cuadrante superior derecho del abdomen, masa palpable y fiebre.<sup>1,2</sup> El diagnóstico se hace con ultrasonido abdominal.<sup>3,4</sup> El diagnóstico diferencial se debe hacer con invaginación intestinal, absceso apendicular y colecistitis aguda sin cálculos.<sup>5</sup> El tratamiento la mayoría de las veces es conservador, pero en ocasiones es necesaria la colecistectomía.<sup>6,7</sup>

El hidrocolecisto se presenta en la edad pediátrica, predominantemente en pacientes masculinos desde recién nacido hasta adolescente.<sup>8</sup> Aunque puede ser idiopático, también puede ser una complicación de ciertas enferme-

\* Jefe de la División de Pediatría, Hospital Ángeles Lomas.

\*\* Pediatra, Hospital Ángeles Lomas.

\*\*\* Cirujano General y del Aparato Digestivo y Gastroenterólogo, Hospital Ángeles Lomas.

### Correspondencia:

Dr. Fernando Elizundia Charles  
Hospital Ángeles de las Lomas. División de Pediatría.  
Avenida Vialidad de la Barranca s/n.  
Colonia Valle de las Palmas. Huixquilucan.  
Estado de México 52763. Consultorio 535.  
Correo electrónico: elizundiaf@yahoo.com

Aceptado: 18-08-2005

dades tales como: Enfermedad de Kawasaki, faringitis estreptocócica, estafilococias, leptospirosis, ascariasis, enterobius vermicularis, síndrome nefrótico, anemia de células falciformes, fiebre tifoidea, talasemia, nutrición parenteral total, ayuno prolongado, hepatitis viral, sepsis, púrpura de Henoch-Schönlein, adenitis mesentérica y enterocolitis necrotizante.<sup>1,9</sup>

La variedad idiopática no se asocia con cálculos biliares, infección, inflamación u obstrucción biliar, pero con frecuencia se encuentran ganglios linfáticos mesentéricos hipertróficos. La etiología se debe a vasculitis o serositis de la vesícula biliar agravada por estasis de la bilis. En algunos casos se puede deber a una obstrucción del conducto cístico por ganglios linfáticos mesentéricos inflama-

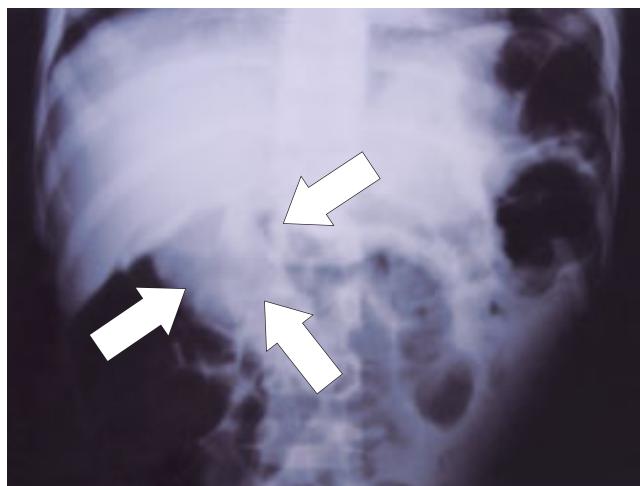
dos. En el recién nacido puede deberse a un acortamiento transitorio del sistema ductal.<sup>7,10</sup>

Se caracteriza por la palpación de una masa en hipocondrio derecho, dolor e hipersensibilidad abdominal generalizada.

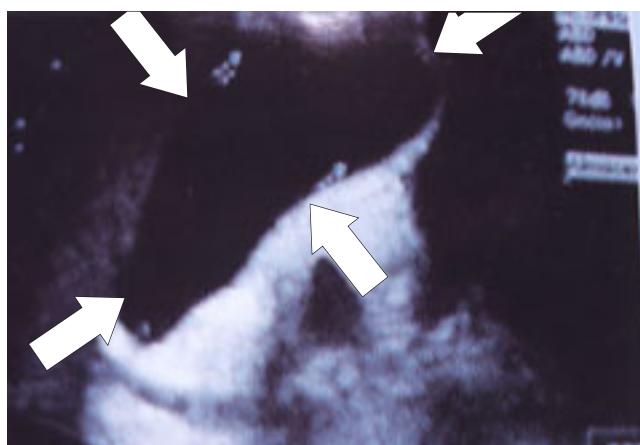
El diagnóstico se realiza usualmente mediante ultrasonografía, aunque las radiografías y la tomografía axial computarizada pueden ser de ayuda,<sup>3,9,11</sup> y, por lo general, se resuelve con manejo conservador, pero en ciertos casos se requiere un drenaje quirúrgico de la vesícula biliar edematosa. El tratamiento conservador se indica en los casos del síndrome de Kawasaki y en los secundarios a alimentación parenteral. En otros casos es necesario la colecistectomía o colecistotomía, especialmente si se sospechan complicaciones y un cuadro serio de abdomen agudo como el del presente caso.<sup>6,7</sup>

### PRESENTACIÓN DEL CASO

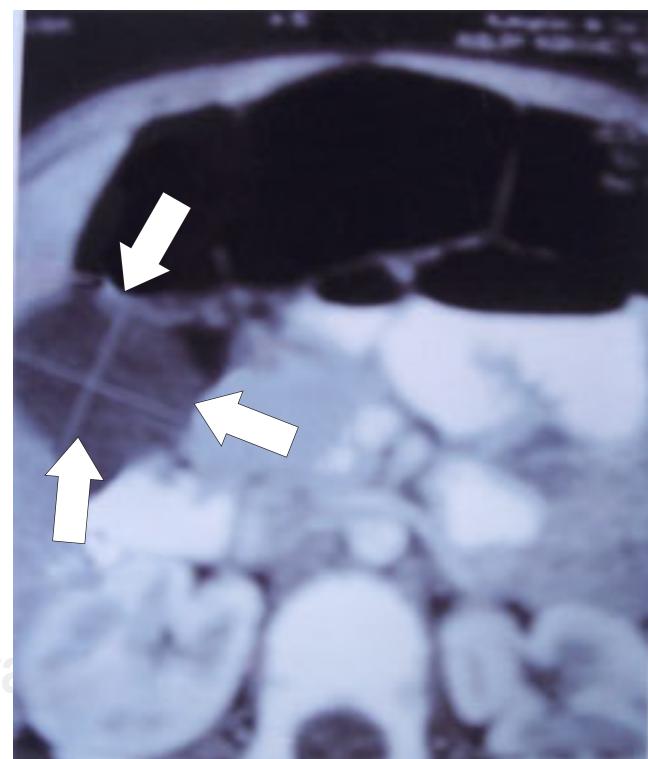
Masculino de 4 años de edad, sano, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Previamente sano. El padecimiento actual inicia 12 horas previas con dolor abdominal intenso e intermitente en hemiabdomen derecho, sin otros síntomas acompañantes. A la exploración fí-



**Figura 1.** Radiografía simple de abdomen en la que se aprecia la vesícula biliar grande y en forma de pera.



**Figura 2.** Ultrasonido abdominal en el que se aprecia la vesícula biliar de 7.5 por 4.5 centímetros en sus diámetros.



**Figura 3.** Tomografía axial computarizada de abdomen con vesícula biliar aumentada de tamaño.



**Figura 4.** Pieza anatómica del presente caso en el que se aprecia vesícula biliar aumentada de tamaño y con forma de pera.

sica se encuentra abdomen blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho intensísimo. La biometría hemática con 9,000 leucocitos, 50% neutrófilos y sin bandas; sedimentación normal. Examen general de orina sin datos de patología. Pruebas de función hepática: transaminasas y bilirrubinas dentro de límites normales. Química sanguínea normal. Las pruebas de páncreas también normales. Las radiografías simple de abdomen en pie y decúbito muestran una imagen piriforme en hipocondrio derecho (Figura 1). El ultrasonido abdominal reporta vesícula de 9 por 5 centímetros, por lo que se realiza diagnóstico de hidrocolecopto (Figura 2). En la tomografía axial computarizada se aprecia un crecimiento importante de la vesícula biliar (Figura 3), por lo que se procede a realizar colecistectomía por laparoscopia, confirmándose el diagnóstico por anatomía patológica. Se reporta como hallazgo anormal el cístico en forma de acordeón (Figura 4).

## DISCUSIÓN

El hidrocolecopto es raro en niños, sobre todo cuando no es secundario a otras enfermedades, por lo que hay que

pensar en él para realizar el diagnóstico, o bien como un hallazgo mediante ultrasonografía abdominal.

Los niños afectados presentan dolor abdominal (100%), vómito (75%), hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho (93%) y masa palpable (55%); la fiebre es rara. Se caracteriza por la ausencia de cálculos, infección bacteriana o anomalías congénitas del sistema biliar. La etiología incluye vasculitis o serositis de la vesícula, agravada por estasis biliar. En otros casos los nódulos linfáticos mesentéricos crecidos pueden obstruir el conducto cístico.

El tratamiento por lo general no es quirúrgico, sino más bien, enfocado al soporte y manejo de la enfermedad intercurrente, ya que la resolución es espontánea, con regreso a la normalidad en un periodo de varias semanas, pero en algunos casos selectos se llega a requerir la extirpación quirúrgica. La vía miniinvasiva por laparoscopia representa una opción factible, segura y con ventajas en este tipo de casos para evitar retrasos en el manejo y complicaciones.

## REFERENCIAS

1. Barton LL, Luisiri A, Dawson JE. Hydrops of the gallbladder in childhood infections. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 163.
2. McEvoy CF, Suchy FJ. Biliary tract disease in children. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 75.
3. Knoths R, Komoski J. Gallbladder hydrops. *J Diagnostic Medical Sonography* 2004; 20(4): 256-259.
4. Coughlin JR, Mann DA. Detection of acute cholecystitis in children. *Can Assoc Radiol J* 1990; 41: 213-216.
5. Ahmed A, Cheung R, Keeffe E. Management of gallstones and their complications. *American family physician*. 2000; 61(6).
6. Ko CW, Sekijima JH, Lee SP. Biliary sludge. *Ann Intern Med* 1999; 130: 301-311.
7. Montori A, Kiscisgi G, Masoni L et al. Endoscopic and surgical integration in the approach to biliary tract disease. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 198-201.
8. Castaneda OA, Jiménez UP, Alvarado GR. Hidrocolecopto en el recién nacido. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediátrica Mex* 2003; 324(4): 261-263.
9. Schapper D, Hofmann H. Hydrops of the gallbladder with beginning cholecystitis. *J Pediatr Surg* 2001; 36(19): 1518-1521.
10. Daugher FY, Reza A, Theoklis E, Snah S. Prolonged fever; getting to the heart of the matter. *Pediatric Case Reviews* 2003; 3(3): 174-177.
11. Gubernick J et al. US approach to jaundice in infants and children. *Radiographics* 2000; 20: 173-195.