



## **Colelitiasis neonatal: un hallazgo inusual. Reporte de un caso**

Josué Fernando Rodas-Andino,<sup>1,\*</sup> Roberto Antonio Martínez-Quiroz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras; <sup>2</sup> Médico Especialista en Cirugía Pediátrica, Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa, Honduras.

### **RESUMEN**

La colelitiasis es una patología relativamente rara en niños, pero es más frecuente encontrarla en pacientes con trastornos predisponentes. Es poco común antes de la adolescencia y es asintomática; alcanza prevalencias de 0.5% según autores españoles y hasta de 1.9% según autores norteamericanos. Son pocos los casos reportados. **Presentación de caso:** Recién nacida a término, de 17 horas de edad; fue trasladada desde el Hospital Regional para exanguinotransfusión, con ictericia generalizada (Kramer V). Tenía hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa; el ultrasonido abdominal reportó colelitiasis. Se le dio manejo conservador con coleréticos y evolucionó satisfactoriamente. **Conclusiones:** La colelitiasis neonatal es muy poco frecuente, las manifestaciones clínicas son variadas e inespecíficas. A diferencia de niños y adolescentes, el manejo en neonatos es no quirúrgico en la mayoría de los casos.

**Palabras clave:** Colelitiasis, coledocolitiasis, hiperbilirrubinemia, ictericia, recién nacido.

### **ABSTRACT**

Cholelithiasis is a relatively rare disease in children, but it is found more often in patients with predisposing disorders. It is rare to see it before adolescence and it is asymptomatic, reaching a prevalence of 0.5% (according to Spanish authors) and up to 1.9% (according to American authors). There are few reported cases. **Case presentation:** Full-term female 17-hour-old newborn; she was moved from a regional hospital for exchange transfusion because of generalized jaundice (Kramer V). Hyperbilirubinemia at the expense of direct bilirubin was reported; an abdominal ultrasound reported cholelithiasis. Conservative management was given with cholericetics, and the patient evolved favourably. **Conclusions:** Neonatal cholelithiasis is rare; its clinical manifestations are varied and nonspecific. Unlike in children and adolescents, its management in newborns is nonsurgical in most cases.

**Key words:** Cholelithiasis, choledocholithiasis, hyperbilirubinemia, jaundice, newborn.

### **INTRODUCCIÓN**

La colelitiasis es la presencia de cálculos en la vía biliar; es una patología relativamente rara en niños sanos, pero se encuentra más frecuentemente en pacientes con varios trastornos predisponentes. Las

manifestaciones clínicas en niños son variadas e inespecíficas, como dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos, fiebre, ictericia; las imágenes ecográficas revelan la presencia de cálculos en la vía biliar.<sup>1</sup>

Es poco frecuente encontrarla antes de la adolescencia y es asintomática; alcanza una prevalencia de 0.5% según autores españoles<sup>2</sup> y hasta 1.9% según autores norteamericanos.<sup>3</sup>

Fue a finales del siglo XIX, en 1874, cuando Gibson reportó el primer caso de colelitiasis infantil.<sup>4</sup>

La colelitiasis en el periodo neonatal es muy rara; por lo tanto, es escasa la información encontrada con respecto a esta patología. Actualmente, el diagnóstico

\* Correspondencia: JFRA, rodasmd@hotmail.com  
Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.  
Citar como: Rodas-Andino JF, Martínez-Quiroz RA. Colelitiasis neonatal: un hallazgo inusual. Reporte de un caso. Rev Mex Pediatr 2018; 85(3):95-97.  
[Neonatal cholelithiasis: an unusual finding. A case report]

de colelitiasis es sencillo y puede detectarse desde el periodo prenatal.<sup>5,6</sup>

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trató de una recién nacida de 17 horas de edad; fue trasladada desde el Hospital Regional para exanguinotransfusión por síndrome icterico (Kramer V). Su madre tenía 29 años de edad, provenía de zona rural, multípara (tercera gesta); tuvo atención prenatal brindada por médico; negó patologías durante el embarazo; Grupo y Rh O+; el trabajo de parto fue de comienzo espontáneo, terminación vaginal, presentación cefálica.

Recién nacida a término, puntuación de Apgar de 8 y 9 al primer y quinto minuto, respectivamente, sin requerir reanimación neonatal.

En la evaluación inicial se encontró T 36.8 °C, glucometría 61 mg/dL, saturación de O<sub>2</sub> de 93% con FiO<sub>2</sub> al 21%, FC 120 latidos/minuto, FR 64 respiraciones/minuto, no cianosis, no palidez, ictericia generalizada (Kramer V), sin distrés respiratorio, sin convulsiones, alerta. Examen físico: peso 2.7 kg, talla 45 cm, perímetro cefálico 32 cm, perímetro abdominal 32 cm. Piel con ictericia generalizada (+++); resto normal.

Se reportó bilirrubina total de 16.7 mg/dL, a expensas de bilirrubina directa de 16 mg/dL; glóbulos rojos 5.73 × 10<sup>6</sup> cel/uL; glóbulos blancos 26.47 × 10<sup>3</sup> cel/uL, a expensas de neutrófilos. Se inició ampicilina + sulbactam y amikacina. La hemoglobina, hematocrito y tiempos de coagulación fueron normales.

Se realizó ecografía abdominal, reportando: vesícula en localización habitual, pared delgada, de 2.8 × 0.7 × 0.8 cm, volumen 0.9 mL, con la presencia de tres litos con diámetros de 0.17, 0.2, 0.3 cm; vía biliar con pared delgada, de 0.2 cm, no dilatada, vena porta normal; hígado: 6.4 cm, homogéneo, sin lesiones focales o difusas; páncreas homogéneo, de tamaño normal, no se observaron masas o quistes. El resto del estudio ecográfico fue normal. Conclusión: colelitiasis (*Figura 1*).

El Servicio de Cirugía Pediátrica determinó conveniente un manejo conservador con fenobarbital y ácido ursodesoxicólico. La paciente presentó una evolución satisfactoria, tolerando vía oral; disminuyó su tinte icterico (Kramer III), con reducción de la bilirrubina directa a 12.5 mg/dL. Se completó la cobertura antibiótica durante una semana; se decidió el egreso de la paciente y se le dio manejo ambulatorio con fenobarbital y ácido ursodesoxicólico, así como control ecográfico seis semanas después, en el que mostró buena evolución. Finalmente, a las 12 semanas, se mostró resolución completa, sin manifestaciones clínicas ni ecográficas de litiasis biliar.

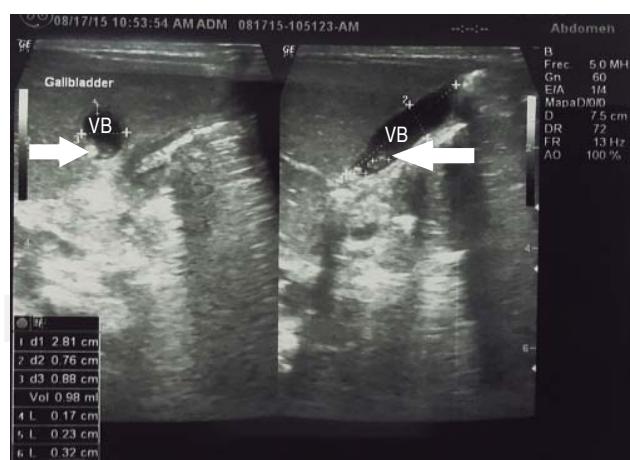
### DISCUSIÓN

La colelitiasis neonatal presenta manifestaciones clínicas variadas e inespecíficas. En este caso, la ictericia fue el síntoma principal, se encontró hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, lo que llevó a la sospecha de un proceso biliar obstructivo, cuyas principales causas en neonatos son la atresia de vías biliares, el quiste de colédoco y la hepatitis.<sup>7</sup> En el adulto es distinto, ya que la obstrucción del colédoco puede ser originada por cálculos biliares o una neoplasia, o lesión directa al hepatocito, como en el caso de la hepatitis.<sup>8</sup> El ultrasonido abdominal confirmó el hallazgo.

El origen de la litiasis biliar es multifactorial y se asocia a colestasis (70%), enfermedad hemolítica (10%), tratamiento con ceftriaxona (5-6%), fibrosis quística (4-6%), hipercolesterolemia (2%), síndrome de Down u otros desórdenes cromosómicos (2%), macrosomía-obesidad fetal (1-2%) y otras, como hepatopatías crónicas, síndromes congénitos de malabsorción, tratamiento materno antineoplásico, prematuros, deshidratación rápida y prolongada materna (países del tercer mundo). Existen también evidencias relacionadas con la nutrición parenteral total, hemólisis y resección del ileón.<sup>9</sup> Ninguno de estos factores estuvieron presentes en el caso que se presenta.

Los cálculos pueden ser de tipo pigmentario (70%) asociado a hemólisis y de colesterol (15-20%), el resto formado por una mezcla de colesterol, matriz orgánica y bilirrubinato de calcio; estas mismas causas coinciden en el adulto.<sup>10,11</sup>

La ecografía abdominal es el estudio más útil para el diagnóstico, incluso en el periodo prenatal, con eco-



VB = Vesícula biliar.

**Figura 1.** Las flechas señalan la presencia de litos.

grafías de alta resolución en embarazos con factores de riesgo.<sup>12</sup>

A diferencia de niños y adolescentes, donde el manejo es quirúrgico, en neonatos el manejo depende de la presencia o no de síntomas como dolor y descompensación. El manejo conservador con coleréticos es de elección en la mayoría de los casos, donde se ha observado resolución y evitado el riesgo quirúrgico, que es mayor en este grupo etario. En su caso, el procedimiento quirúrgico de elección es la colecistectomía laparoscópica.<sup>13</sup>

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico de pacientes con colelitiasis neonatal es ecográfico. Dentro de los diagnósticos diferenciales de ictericia neonatal con hiperbilirrubinemia directa se deben considerar los casos de colelitiasis. En la mayoría de los casos, el manejo de colelitiasis neonatal no es quirúrgico.

## REFERENCIAS

1. Suchy FJ. Enfermedades de la vesícula biliar. En: Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE, Stanton BF. *Nelson. Tratado de pediatría*. 18.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2009. pp. 1707-1709.
2. Pérez LC, Moreno FA, Pérez VC. Asociación de vesícula multiseptada y colelitiasis en una recién nacida con síndrome de Down. *Rev Esp Pediatr*. 2012; 68(3): 223-225.
3. Wesdorp I, Bosman D, de Graaff A, Aronson D, van der Blij F, Taminiau J. Clinical presentations and predisposing factors of cholelithiasis and sludge in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2000; 31(4): 411-417.
4. Harris DP, Chateau IB, Miquel PJ. Litiasis biliar pediátrica en una población de alta prevalencia. *Rev Chil Pediatr*. 2007; 78(5): 511-518.
5. Troyano-Luque J, Padilla-Pérez A, Martínez-Wallin I, Alvarez de la Rosa M, Mastrolia SA et al. Case report short and long term outcomes associated with fetal cholelithiasis: a report of two cases with antenatal diagnosis and postnatal follow-up. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014; 2014: 714271.
6. Almora CC, Arteaga PY, Plaza GT, Prieto FY, Hernández HZ. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. *Rev Ciencias Médicas*. 2012; 16(1): 200-214.
7. Mazzi EG. Hiperbilirrubinemia neonatal. *Rev Bol Ped*. 2005; 44(1): 26-35.
8. Guyton AC. El hígado como órgano. En: Bonet Serra B. *Tratado de Fisiología médica Guyton y Hall*. 12.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 837-842.
9. Dooki MR, Norouzi A. Cholelithiasis in childhood: a cohort study in north of Iran. *Iran J Pediatr*. 2013; 23(5): 588-592.
10. Jiménez-Urueta PS, Ponce-Rosas A, Sánchez-Michaca VJ, González-Mora E, Castañeda-Ortiz RA. Colelitiasis en neonato prematuro. ¿Colecistectomía o manejo conservador? *Acta Pediatr Mex*. 2007; 28(3):104-106.
11. Lieem NT, Holcomb GW. Choledochal cyst and Gallbladder disease. En: Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ, St. Peter SD. *Ashcraft's pediatric surgery*. 6th ed. New York: Elsevier; 2014. pp. 593-606.
12. Cozcolluela CM, Sanz SL, Martínez-Berganza AM, Gómez HH, Mellado SJ, Miranda OL et al. Colelitiasis en la infancia en un Hospital de Área. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 66(6): 611-614.
13. Poffenberger CM, Gausche-Hill M, Ngai S, Myers A, Renslo R. Cholelithiasis and its complications in children and adolescents. *Pediatr Emer Care*. 2012; 28(1): 68-79.