

Hidrops vesicular en la infancia

M. J. LOZANO DE LA TORRE, C. AMO FERNÁNDEZ, J. VIDAL SAMPEDRO *,
I. ORTUZAR GUILLAMON * y P. GARCÍA FERNÁNDEZ

RESUMEN: El hidrops vesicular es una entidad poco frecuente aunque su importancia está siendo reconocida de forma creciente debido a la mayor utilización de la ultrasonografía. Presentamos un caso clínico de un hidrops vesicular que se resolvió espontáneamente y en el que no se encontraron antecedentes patológicos. PALABRAS CLAVE: HIDROPS VESICULAR. ULTRASONOGRAFÍA.

GALLBLADDER HYDROPS IN CHILDREN. (SUMMARY): Acute hydrops of the gallbladder is a infrequent condition being diagnosed with increased frequency due to the availability of ultrasonography. We describe a clinical case of gallbladder hydrops with spontaneous remission and in which no preceding illness was found. KEY WORDS: GALLBLADDER HYDROPS. ULTRASONOGRAPHY.

INTRODUCCIÓN

El Hidrops vesicular (HV) es una dilatación masiva de la vesícula biliar en ausencia de cálculos, proceso inflamatorio o malformaciones congénitas (1). Se ha descrito asociado a diversos procesos aunque no siempre se encuentran antecedentes patológicos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor abdominal, vómitos, hipersensibilidad en hipocondrio derecho y masa abdominal palpable (2). La ecografía abdominal es el método más fiable para establecer el diagnóstico (3). El proceso es habitualmente autolimitado con resolución espontánea de la distensión vesicular en aproximadamente 2-3 semanas (1, 3).

CASO CLÍNICO

Niña de 20 meses de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a Urgencias por presentar desde hace unas horas vómitos persistentes y moderado decaimiento del estado general. Se instaura fluidoterapia endovenosa persistiendo vómitos ocasionales a los que se asocian deposiciones semilíquidas, escasas, y febrícula. La exploración física a las 36 horas del ingreso objetiva una hipersensibilidad a la palpación abdominal pero no se aprecian masas ni megalias. Ante la persistencia de los vómitos, la fiebre y constatare una resistencia a la flexión de la nuca, se realiza una punción lumbar que es negativa. Al 4.º día del ingreso se

Departamento de Pediatría.

* *S. de Radiodiagnóstico Pediátrico. Hospital Universitario M. de Valdecilla. Universidad de Cantabria, Santander.*

aprecia una masa en hipocondrio derecho. Con la sospecha diagnóstica de invaginación intestinal se realiza una ecografía abdominal que demuestra una vesícula biliar enormemente distendida con un volumen estimado de 87 c.c., sin otras alteraciones (fig. 1). Los datos analíticos presentan: GOT 84 IU/L; GPT 71 IU/L; LDH 282 IU/L; Fosfatasa alcalina 144 IU/L; Gamma GT 41 IU/L, Bilirrubina total 0,30 mg %. La serología vírica fue negativa.

La evolución posterior fue favorable cediendo los vómitos y el dolor abdominal al 7.º día del ingreso. Los controles ecográficos periódicos mostraron una disminución progresiva del tamaño vesicular hasta su total normalización, con un volumen de 10 c.c. a los 17 días del ingreso (fig. 2). A los 15 días de ser dada de alta se realiza un control analítico que demuestra una normalización de las transaminasas.

complicación secundaria a una enfermedad previa (Tabla I). Se ha descrito en el curso de procesos infecciosos y en las vasculitis, como el síndrome de Kawasaki. En esta entidad se considera que el hidrops vesicular es una manifestación presente en el 13,7 % de los casos (4). Más raramente se ha referido como una complicación de la periarteritis nodosa, púrpura de Schönlein-Henoch, fiebre mediterránea familiar, anemia hemolítica, leucosis y síndrome nefrótico. Dentro de las enfermedades infecciosas el Hidrops vesicular se ha descrito asociado a la escarlatina, sepsis por distintos gérmenes, leptospirosis, salmonelosis, shigelosis y hepatitis vírica. Así mismo ha sido observado en el curso de infecciones de vías aéreas superiores, otitis, gastroenteritis y parasitosis intestinales. Sin embargo, estos procesos son tan frecuentes en los niños que la asociación con el HV podría deberse a una coincidencia (5).

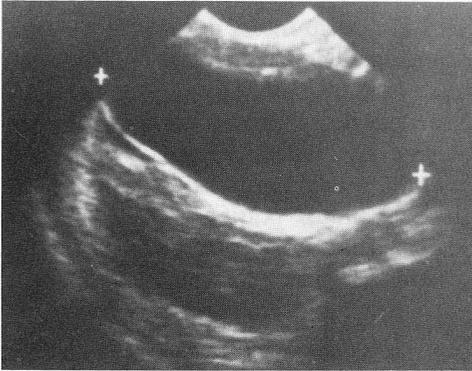


FIG. 1. *Ecografía abdominal: Vesícula biliar enormemente distendida con aumento del diámetro anteroposterior, sin engrosamiento de la pared*

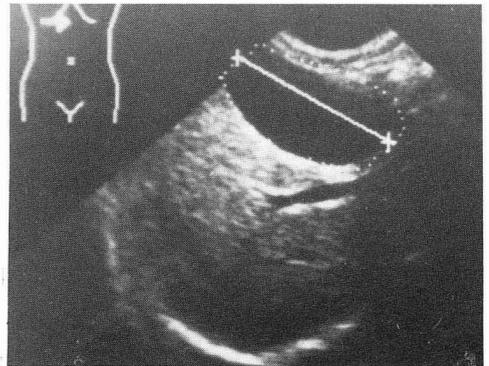


FIG. 2. *Ecografía abdominal: Vesícula biliar normal*

COMENTARIOS

La dilatación aguda de la vesícula biliar, en la mayoría de los casos, es una

En un porcentaje variable de casos, como en el nuestro, no se encuentran antecedentes patológicos. En una serie publicada en nuestro país sobre 10 casos de HV en la

TABLA I. ENFERMEDADES ASOCIADAS CON EL HIDROPS VESICULAR

S. de Kawasaki	Leptospirosis
Periarteritis nodosa	Hepatitis vírica
P. Schonlein Henoch	Infecciones VRS
Fiebre Med. Familiar	Otitis
Escarlatina	Gastroenteritis
Sepsis	Parasitosis intestinal

infancia, no se hallaron antecedentes patológicos en 4 pacientes lo que representa el 40 % (6).

La edad de presentación es variable: desde el nacimiento a los 15 años, con una edad media de 5 años (2). Existe un claro predominio del sexo masculino en una relación de 2,5/1 (1, 2).

En la tabla II se señalan las manifestaciones clínicas más frecuentes. El dolor abdominal es el síntoma más constante, presente en el 100 % de los casos. Habitualmente es intenso y se localiza en hipocondrio derecho aunque en ocasiones puede ser epigástrico o paraumbilical. Al inicio suele cursar en forma de crisis y posteriormente se hace continuo. Los vómitos son frecuentes y pueden ir acompañados de náuseas. Al examen físico se aprecia en el 93 % de los pacientes una hipersensibilidad en hipocondrio derecho, y en el 55 % de los casos se palpa una masa abdominal dolorosa en el cuadrante superior derecho del abdomen. Con menos frecuencia se asocia fiebre, subictericia y signos de deshidratación. Además en los casos de hidrops vesicular secundario encontraremos las manifestaciones características de la enfermedad previa.

Los exámenes de laboratorio no aportan datos significativos para el diagnóstico. Con frecuencia se observa un moderado aumento de las transaminasas, leucocitosis y alteraciones analíticas secundarias a la deshidratación (7). En la radiografía sim-

ple de abdomen puede observarse una masa en hipocondrio derecho, que desplaza el ángulo hepático del colon hacia abajo. Sin embargo, la ecografía abdominal es el método más fiable para establecer el diagnóstico (3). La imagen típica del hidrops demuestra una vesícula biliar distendida con aumento del diámetro anteroposterior, sin engrosamiento de la pared y con un Murphy ecográfico negativo (fig. 1).

TABLA II. FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL HV (2)

Dolor abdominal	100%
Hipersensibilidad en hipocondrio derecho	93%
Vómitos	75%
Masa abdominal palpable	55%
Fiebre	17%
Subictericia	7%

En los últimos años la mayor utilización de la ecografía ha condicionado un mejor conocimiento de esta entidad y ha permitido demostrar la naturaleza autolimitada del proceso (3, 4, 6). Por ello se recomienda una actitud conservadora con reposo intestinal y dieta pobre en grasas. Además, en los casos de HV secundario, se asociará el tto. de la enfermedad intercurrente. Con el tto. conservador la evolución es habitualmente favorable con desaparición de los síntomas en 2-3 días (6) y resolución espontánea de la distensión ve-

sicular en aproximadamente 2-3 semanas (1, 3). Sin embargo, pueden presentarse complicaciones como la perforación vesicular con peritonitis biliar (8). De ello se deduce la necesidad de una vigilancia clínica y ecográfica cuidadosa a fin de detectar precozmente las raras complicaciones que van a precisar cirugía. El procedimiento quirúrgico más simple y seguro es la colecistostomía con drenaje peritoneal (1, 8) reservando la colecistostomía para aquellos casos que no responden a otras formas de tratamiento (2, 3).

La etiopatogenia del hidrops vesicular no es bien conocida, habiéndose propuesto distintos mecanismos. Se considera que la distensión vesicular es secundaria a una obstrucción transitoria y autolimitada del conducto cístico producida por una hiperplasia de los ganglios linfáticos adyacentes y/o una linfadenitis mesentérica (1, 2)

o, más probablemente, por una vasculitis inespecífica (9). Así mismo, el ayuno prolongado, la fiebre y la deshidratación favorecen el estasis biliar que contribuiría a la distensión vesicular. Dado que estos factores son frecuentes en los procesos sistémicos que pueden asociarse al HV, es muy probable que el estasis biliar juegue un papel significativo en la patogenia de esta entidad (10). Como consecuencia de la distensión vesicular se produce una mayor angulación del conducto cístico lo que agrava el proceso obstructivo (11).

Deseamos recordar que aunque el hidrops vesicular es habitualmente secundario a una enfermedad previa en ocasiones, como en el caso que presentamos, no se encuentran antecedentes patológicos. Por ello es necesario considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en el niño.

BIBLIOGRAFIA

1. BLOOM, R. A.; SWAIN, V. A. J.: *Non calculous distension of the gallbladder in childhood*. Arch. Dis. Child. 1966; 41: 503-508.
2. CHAMBERLAIN, J. W.; HIGTH, D. W.: *Acute hydrodrops of the gallbladder in childhood*. Surgery 1970; 68: 899-905.
3. SLOVIS, T. L.; HIGTH, D. W.; PHILIPPART, A. I.; DUBOIS, R. S.: *Sonography in the diagnosis and management of hydrodrops of the gallbladder in children with mucocutaneous lymph node syndrome*. Pediatrics 1980; 65: 789-794.
4. SUDDLESH, E. A.; REID, B.; WOOLLEY, M. M.; TAKAHASHI, M.: *Hydrodrops of the gallbladder associated with Kawasaki syndrome*. J. Pediatr. Surgery 1987; 22: 956-959.
5. BENICHOU, J. J.; LABRUNE, B.: *Les hydrocholécystes chez l'enfant*. Arch. Franc. Pediatr. 1985; 42: 125-127.
6. GÓMEZ, S.; GARCÍA, F.; ECHEVERRI, J. y cols.: *Nuevos aspectos de la patología de la vesícula biliar en niños*. Cir. Pediatr. 1989; 2: 114-116.
7. CRANKSON, S.; NAZER, H.; JACOBSSON, B.: *Acute hydrodrops of the gallbladder in childhood*. Eur. J. Pediatr. 1992; 151: 318-320.
8. STY, J. R.; STARSHAK, R. J.; GORENSTEIN, L.: *Gallbladder perforation in a case of Kawasaki disease: image correlation*. J. Clin. Ultrasound. 1983; 11: 381-384.
9. MAGILAVY, D. B.; SPEERT, D. P.; SILVER, T. y col.: *Mucocutaneous lymph node syndrome: report of two cases complicated by gallbladder hydrodrops and diagnosed by ultrasound*. Pediatrics 1978; 61: 699-702.
10. TERNBERG, L. J.; KEATING, J. P.: *Acute acalculous cholecystitis, complication of other diseases in childhood*. Arch. Surg. 1975; 110: 543-547.
11. SCOBIE, W. B.; BENTLEY, J. F.: *Hydrodrops of the gallbladder in a newborn infant*. J. Pediatr. Surgery 1969; 4: 457-459.

Petición de Separatas:

MARÍA JOSÉ LOZANO
Departamento de Pediatría
Hospital Universitario M. de Valdecilla
39008 SANTANDER