

PÓLIPO DE LA VESÍCULA BILIAR EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO DE UN CASO

Alex Guachilema², Manuel Tipanta², Marco Navarrete^{3,2}, Daniel Navarrete⁴, Andrés Gallegos¹, Andrés Paredes¹

¹ Universidad Técnica de Ambato, Ambato-Ecuador

² Hospital Baca Ortiz, Quito-Ecuador

³ Hospital Provincial Docente Ambato, Ambato-Ecuador

⁴ Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Ambato - Ecuador
a.guachilema@uta.edu.ec

RESUMEN:

Los pólipos de la vesícula biliar (PVB) es una entidad muy rara en edad pediátrica, se ha reportado pocos casos a nivel internacional y la experiencia en el manejo de estos casos aun es limitada. Se presenta el caso de un niño de 9 años con pólipo de la vesícula biliar se realiza colecistectomía laparoscópica, además una revisión de esta particular patología, cuadro clínico y tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Pólipo vesicular pediátrico, colecistectomía laparoscópica, lesión poliposa.

ABSTRACT:

Polyps of the gallbladder is a very rare in childhood, few cases have been reported internationally and experience in handling these cases is still limited. We report the case of a 9-year polyp of the gallbladder laparoscopic cholecystectomy is performed, and a review of this particular pathology, clinical and surgical treatment.

Keywords: Pediatric gallbladder polyp, laparoscopic cholecystectomy, polypoid lesion.

Introducción /

Las lesiones poliposas de la vesícula biliar son una patología excepcional en pediatría y causante de dolor abdominal recurrente (DAR). Por esta baja incidencia no hay directrices de cómo actuar ante ellos [2],[4],[8]. Se conoce muy poco sobre la incidencia de esta patología en niños pero, se ha reportado en varios artículos que no hay mucha diferencia entre hombres y mujeres, la media de edad es de 11 años con un rango de aparición desde los cuatro años [7],[8]

La clínica es variable; teóricamente podrían obstruir la salida del cístico y causar cólico biliar, o colestasis y favorecer una colecistitis, pero la mayoría de las veces la clínica es inespecífica, con pacientes asintomáticos diagnosticados como hallazgos casuales o niños con DAR sin síntomas de orgánicidad ni alteración de la función hepática [1],[8]

El método diagnóstico más frecuente es la ecografía, en la que se evidencia una masa hiperecogénica unida a la pared, inmóvil y sin sombra acústica y la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección [2],[6],[7],[8].

El objetivo de este artículo es dar a conocer el caso debido a su rareza en edad pediátrica, demostrar la utilidad de colecistectomía laparoscópica en un paciente con pólipo de la vesícula biliar (PVB) y el manejo quirúrgico en pacientes sintomáticos.

Presentación del Caso /

Paciente masculino de 9 años de edad, estudiante de raza mestiza quien acude por presentar desde hace dos años dolor abdominal recurrente de moderada intensidad lo-

Artículo Recibido: 15 de marzo de 2013

Artículo Aceptado: 30 de mayo de 2013

calizada en hipocondrio derecho y que se irradia a región dorso lumbar, dolor que se intensifica con los alimentos de contenido graso.

Al examen físico signos vitales sin alteración, peso 22.5 kg, abdomen suave depresible doloroso a la palpación en hipocondrio derecho (Murphy +) ruidos hidroaereos presentes. El análisis de exámenes de laboratorio incluyeron: biometría hemática, química sanguínea, bilirrubinas, TP, TTP sin hallazgos patológicos.

Se solicita ecografía de abdomen en donde se evidencia la presencia de masa en el interior de la vesícula biliar no móvil, hiperecogénica no presenta sombra acústica posterior, resto de estructuras abdominales normales. (Figura 1)



Técnica Quirúrgica

Realizamos colecistectomía laparoscópica con técnica americana.

Se coloca a paciente posición supina, anti-trendelenburg, cirujano se coloca a la izquierda del paciente, primer ayudante a la derecha del mismo y segundo ayudante a la izquierda del cirujano [3]

Colocación de los trocar:

Trocar N°1 (10 mm) se coloca en posición umbilical utilizado para la colocación de la óptica.

Trocar N°2 (10 mm) en región epigástrica, a la izquierda de la línea media 3 cm por debajo de la apéndice xifoidea

Trocar N°3 (5 mm) en hipocondrio derecho sobre la línea media clavicular derecha

Trocar N°4 (5 mm) flanco derecho a lo largo de la línea axilar anterior, alrededor de 3 cm por encima de la umbilical transversa.

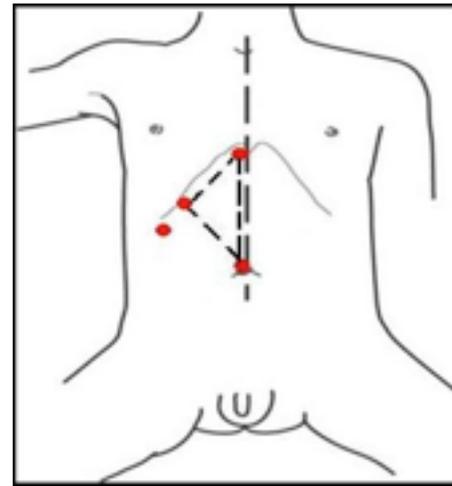


Figura 2.- esquema de colocación de los trocar (técnica americana)

Se realizó la introducción del primer trocar y la inducción del neumoperitoneo mediante técnica abierta, una vez introducido el primer trocar y la óptica se realizó una cuidadosa exploración de la cavidad peritoneal para verificar la ausencia de patologías asociadas.

Realizada la tracción del infundíbulo, comienza la disección con la incisión de la hoja peritoneal anterior y posterior una vez identificado el triangulo de Calot, posteriormente la disección y ligadura del conducto y arteria cística.

Se realiza continuamente la separación de la vesícula biliar del lecho hepático en sentido retrogrado, es necesario poner atención a no perforar la pared de la vesícula realizada una adecuada irrigación-aspiración del campo operatorio se verifica la correcta colocación de los clips sobre la arteria y el conducto una vez separada la vesícula se procede a la extracción de la pieza anatómica a través del trocar umbilical. Completa la extracción y retiro de los trocar se realiza la sutura del estrato musculo facial [3].

Posteriormente se envía pieza para estudio histopatológico en donde se reporta pólipo de colesterol.



Figura 3.- Triangulo de Calot



Figura 4.- disección de conducto y arteria cística



Figura 5. Colocación de clips y sección del conducto cístico

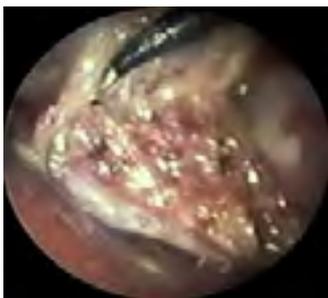


Figura 6. Disección retrograda del lecho vesicular



Figura 7. Extracción de la vesícula biliar

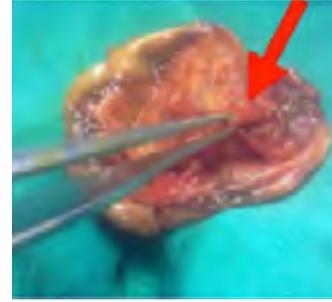


Figura 8.- Pieza anatomico-patologica donde se evidencia pólipo

Discusión /

Los pólipos de la vesícula biliar son una patología poco frecuente en niños, poco se conoce de su incidencia y hay muy poca bibliografía reportada en nuestro país sobre este tema.

Dentro del contexto de sus particularidades tiene una baja relación clínico-radiológica, además que el manejo de estos casos se ha extrapolado al de los adultos siguiendo una conducta de acuerdo a su subdivisión sean estos primarios o secundarios, el diámetro del pólipo acompañado o no de sintomatología [2],[4],[7],[8].

Los síntomas en estos pacientes son inespecíficos, va desde el dolor abdominal recurrente que se acompaña de síntomas de obstrucción hasta ser asintomático y mostrarse como hallazgo casual en un ultrasonido.

La ecografía abdominal tiene una sensibilidad y especificidad en el diagnóstico mayor del 90%, se caracterizan ecográficamente por una lesión ecogénica junto a la pared de la vesícula que protruye en la luz, fijo con los cambios de posición, que puede ser pediculado o sésil, y falta de sombra acústica como mostro el caso de nuestro paciente [6],[7],[8].

En cuanto a la evolución natural es variable: desaparición, disminución en tamaño, estabilización, crecimiento o malignización (no descrito en niños). El cambio en el tamaño es definido como incrementos o disminuciones de al menos 3mm en relación con estudios previos [8].

Los PVB los podemos subdividir en: primarios, cuando no se asocian a patología digestiva, y secundarios, cuando se hallan junto a otras enfermedades, como la leucodistrofia metacromática, mala unión pancreato-biliar o el síndrome de Peutz-Jeghers

Referencias /

- [1] Amit Ray , Ram Mohan Shukla , Kartik Chandra Mandal , Madhumita Mukhopadhyay , Neha Sisodiya , Antaryami Pradhan ,y Biswanath Mukhopadhyay(2013) " Gallbladder polyp: A rare lesion in pediatric population" J Indian Assoc Pediatr Surg. 2013 Jan-Mar; 18(1): 36-37.
- [2] Carabaño Aguado I, V.M. Suárez Vega, L. Llorente Otones3, A. Granados Molina (2011) "Polypoid lesions of the gallbladder: have there been any changes in the last five years?" RevMed Acta Pediatr Esp. 2011; 69(5): 236-238 ISSN 2014-2986.
- [3] Klaas(N) M.A. Bax, Keith E, Georgeson, (2010) "Cirugía endoscópica en infantes y niños" AMOLCA tomo 1 capitulo 11.
- [4] Scarpa MG, Gamba PG, Greggio NA, Chiarenza SF, Fasoli L, Musi L, et-al.(2008) " Polypoid lesion of the gallbladder in childhood: case report and literature review". PediatrMed Chir. 2008; 30:45-7.
- [5] Sergio Hoyos MD (2010) "Pólipos de la vesícula" Revista colombiana de cirugía Vol. 25 Nro 1 Marzo del 2010.
- [6] Sirinelli D, Vanthournout I, Robert M, Zacher D, Boscq M, Michel J.(1089) "Ultrasound diagnosis of gallbladder papilloma in childhood". Pediatr Radiol. 1989; 19:203.
- [7] Stringer MD, Ceylan H, Ward K, Wyatt JI.(2011) "Gallbladder polyps in children--classification and management" RevMed J Pediatr Surg. 2003 Nov;38(11):1680-4.
- [8] Torrecilla Cañas, J.M. Rius Peris, S. Hernández Muela,E.M. Cueto Calvo, L. Guardia Nieto,(2011) " Primary gallbladder polyps" Rev-Med Anales de Pediatría Vol. 75.Núm. 04. Octubre 2011.