

Un camino de migas no tan fácil de seguir



Enrique Albert López (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr. Óscar Manrique (Medicina Digestiva Pediátrica)

Servicio de Pediatría, HGUA

Poniéndonos en contexto

Mujer de 14 años acude a UPED el 30/11 dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de 1 semana de evolución. Intensidad creciente. Asocia vómitos y febrícula en las últimas horas

- AP: Obesidad
- AF: Madre y tía litiasis

ECO: Colelitiasis. No
Colecistitis

EF: Abdomen doloroso a la palpación.

Analgesia y Alta

CEX Cx Pediátrica 14/12

02/12 ↑ Dolor. ↑ Vómitos. Febrícula.

Ingreso

ECO: Múltiples litiasis.
Distensión vesicular no significativa. No signos de colecistitis

TAC: Distensión vesicular no significativa. No signos de colecistitis. Ligeramente inflamación del hilio hepático

AS: PCR 1,46 Leucos 14230

Tto: Ceftriaxona y analgesia. Comienza progresivamente tolerancia oral.

Buena evolución → **ALTA EL 06/12**

Ingreso actual

Tras 2 días, nuevo empeoramiento de la clínica. Al reingreso:

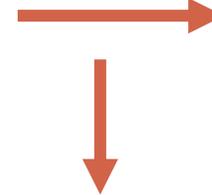
AS: AST (GOT) 871 ALT (GPT) 632
GGT 617 FA normal PCR 2,58

ECO: Mismos resultados + hiperecogeneidad periportal

3er día **Elevación de Bilirrubina**
Bil. Total 1,27 Directa 1,06
Indirecta 0,21



Nueva sospecha diagnóstica



Hepatitis aguda

¿Obstructiva/Viral?

Coagulación: Normal
Serologías Negativas. AcHBs + (vacunación)

↓
No impresiona etiología viral

Resumen: Cuadro de dolor en hemiabdomen superior de 20 días de evolución que asocia vómitos y febrícula intermitente. Mejora con analgesia e ingreso y reaparece al retirarla y al alta. No asocia acolia

Actitud

ColangioRMN: Microlitiasis en colédoco. No parece condicionar obstrucción



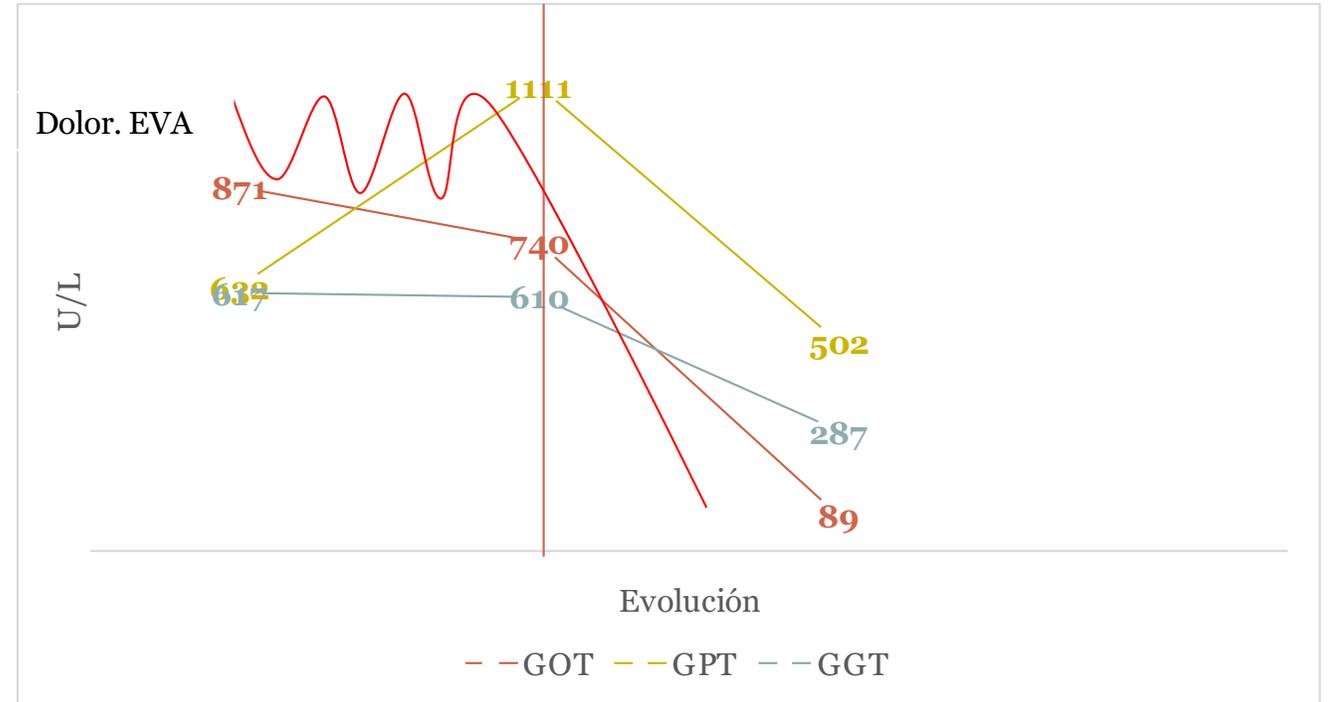
Tto inicial: Cefadroxilo + Ác. Ursodesoxicólico



CPRE: Esfinterotomía y extracción de cálculo biliar

Buena evolución clínico-analítica. Afebril, normalización de valores analíticos. Tolera dieta sin grasa a partir del 2º día pos-CPRE. Cesa el dolor.

Tratamiento, CPRE y extracción de litiasis



Alta 16/12
Cita para Preanestesia
Incluida en LEQ para
Colecistectomía

Colelitiasis

! Colelitiasis ≠ Cólico Biliar ≠ Colecistitis

Coledocolitiasis ≠ Colangitis

Factores de Riesgo

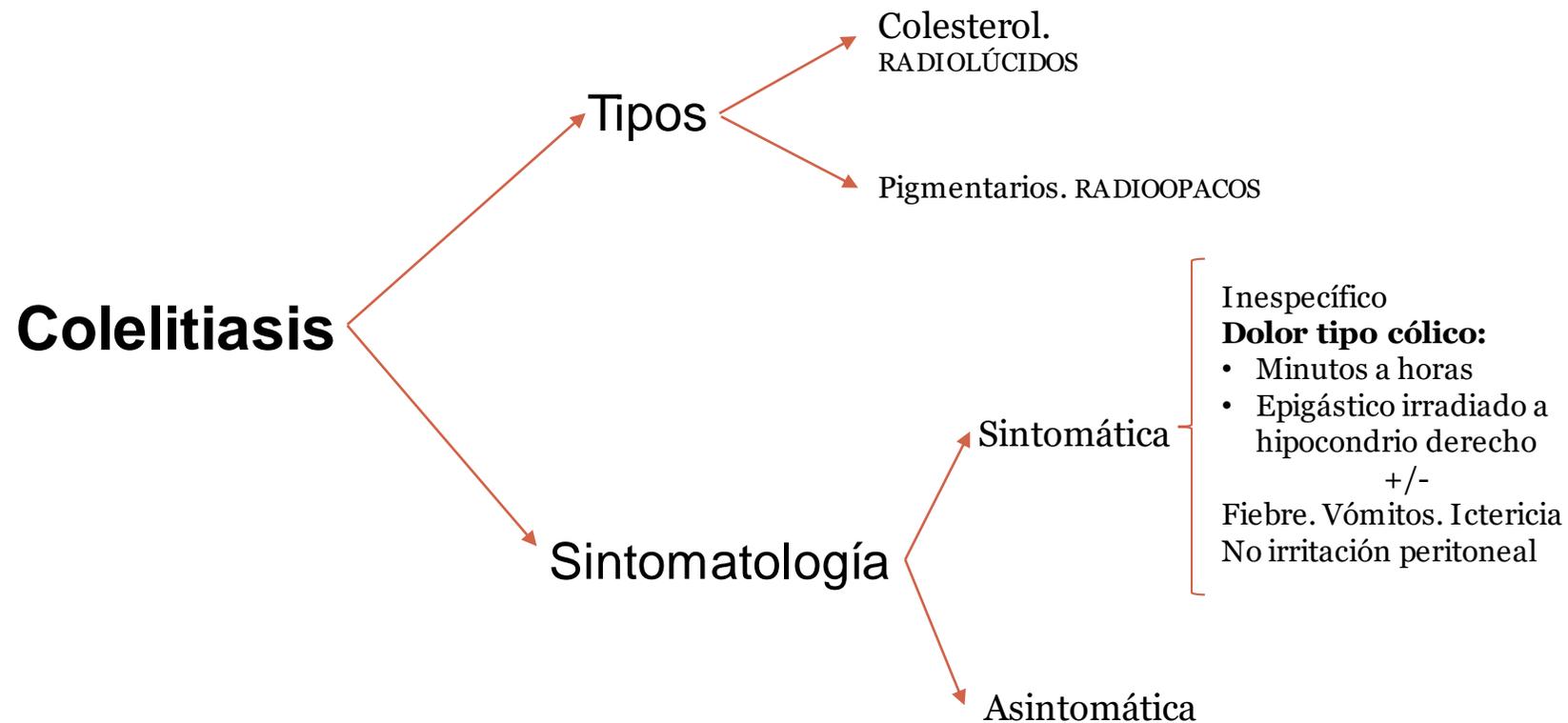
Antecedentes familiares

Enfermedades hematológicas o estados de hiperhemólisis

Enfermedades hepáticas

Enfermedades intestinales

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Resección ileal
- GEA por E. coli
- Pancreatitis
- Síndrome de Burnett
- Fibrosis quística
- **Obesidad:** la ingesta calórica excesiva aumenta la HMG-CoA reductasa
- Diabetes
- Hiperparatiroidismo
- Alimentación parenteral
- Déficit de IgA secretora
- Sepsis



Diagnóstico y pruebas complementarias

Eco

+ Sensible

+ Específica

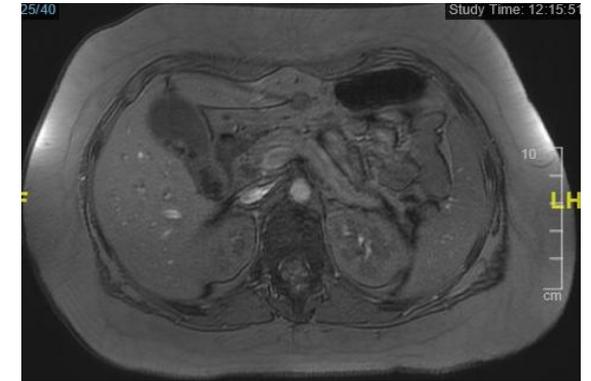
En vesícula



ColangioRMN

Si Eco NO concluyente

o cálculos en Colédoco



CPRE

Procedimiento
Diagnóstico
Y
Terapéutico



Tratamiento e indicaciones

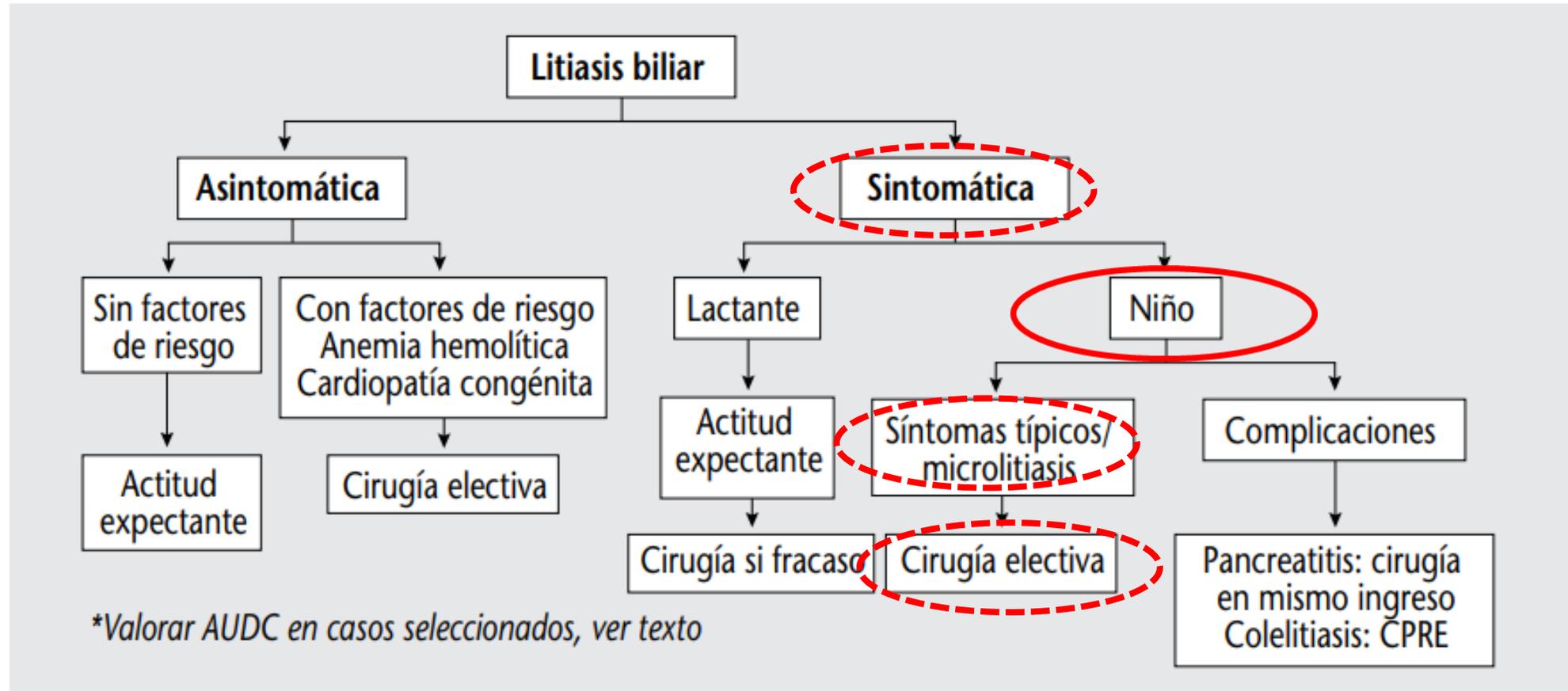


Figura 1. Algoritmo terapéutico de la litiasis biliar.

Resumen-Conclusiones

- Los diagnósticos no son siempre tan fáciles como parecen
- Una buena Historia Clínica es fundamental
- Ante signos o síntomas confusos, la realización de pruebas complementarias ayuda a llegar al diagnóstico
- En situaciones en las que dudamos entre varios diagnósticos, la evolución puede ayudarnos a decantarnos por una determinada patología

Bibliografía

- 1. Ribes Koninckx C. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 4th ed. Majadahonda, Madrid: Ergón; 2016. 675-686
- 2. Poffenberger C, Gausche-Hill M, Ngai S, Myers A, Renslo R. Cholelithiasis and Its Complications in Children and Adolescents. *Pediatric Emergency Care*. 2012;28(1):68-76.
- 3. Lin I, Yang Y, Wu M, Yeh Y, Liou J, Lin Y et al. The association of metabolic syndrome and its factors with gallstone disease. *BMC Family Practice*. 2014;15(1).