

Colecistitis y colelitiasis en los niños

por

Dr. Alvaro Fonseca S.*

En los niños, la colecistitis y la colelitiasis han sido consideradas como entidades poco frecuentes. Ciertamente es que entre los problemas quirúrgicos de la niñez, la apendicitis, las anomalías congénitas y los traumatismos ocasionados por accidentes, sobrepasan en incidencia a los problemas causados por inflamaciones de la vesícula biliar o por concreciones en los conductos extra-hepáticos. Sin embargo, los autores que han revisado la literatura universal en este aspecto, han recopilado arriba de 500 casos bien autenticados que han servido de base a excelentes artículos de revisión. (9-10-13-18-21-22-28-29-31). Es probable que el número de pacientes de que se tiene información sea muy inferior al número real, ya que es indudable que los casos aislados no se reportan sino muy raramente y esto sólo cuando el cirujano tiene interés especial en el problema.

Le debemos a Potter en 1928 (21) y luego en 1938 (22), el haber llamado la atención de la profesión médica sobre este problema quirúrgico de la infancia con su magnífica revisión de la literatura y su muy completa recopilación de los casos conocidos hasta entonces. Desde las publicaciones de Potter, el número de casos presentados en las revistas médicas ha ido en aumento y los pacientes sin duda han sido estudiados más cuidadosamente. Como sucede con frecuencia, el aumento en el número de pacientes reportados, es probablemente debido no a un aumento real en la frecuencia de la enfermedad, sino al mejor estudio de los casos y al hecho de que la posibilidad de este diagnóstico es tenido en mente por un número creciente de médicos y cirujanos encargados de la atención de los pacientes en las primeras edades de la vida. El primer caso de colecistitis en un niño de que se tiene noticia fue presentado por Gibson en 1722 (8) y Licutand de París, reportó en 1767 (16) el primer caso de colecistitis complicado por la presencia de cálculos en la vesícula biliar y en el colédoco.

Se han encontrado y reportado casos de litiasis biliar y coledociana en vida intra-uterina. Beale, de Londres, en 1894 (3) nos ha dejado notas sobre dos casos de colelitiasis en el feto y Jones, en la revista *Lancet* (15) nos informa de otro caso de colelitiasis fetal. La presencia de cálculos biliares en el feto y en el recién nacido no es del todo rara y desde Still, en 1899 (25) se ha

* Servicio José María Barrionuevo, Hospital San Juan de Dios.

asociado la presencia de anomalías congénitas de las vías biliares a la existencia de cálculos en los niños de estas edades. Más recientemente, Spence (26) ha descrito un caso de colelitiasis en el recién nacido y Snyder y asociados (24) en 1952 han presentado dos casos adicionales de colelitiasis en el feto.

En este respecto, es de interés el reporte de Wilenius de Finlandia (32) quien en 1047 autopsias llevadas a cabo en cuerpos de todas las edades, encontró una incidencia de 0.47 por ciento de concreciones biliares en niños menores de 6 meses.

La mayor incidencia de enfermedades de la vesícula biliar y anexos excepción hecha de las atresias congénitas de las vías biliares, es según Ulin (28) en la edad comprendida entre los 12 y los 15 años en que se encontró un 30% de los casos por él recopilados. Los 15 años es el límite máximo de edad en el estudio llevado a cabo por este autor y se aprecia en él que el porcentaje aumenta con la edad. Es de importancia sin embargo hacer énfasis en el hecho de que las enfermedades de la vesícula biliar se pueden encontrar en todas las edades, la lactancia, la infancia, la niñez y la adolescencia.

En la revisión de casos llevada a cabo Ulin (28-29) se encontró que los niños varones sobrepasaban a las niñas en incidencia, en proporción de 3:2. Esto contrasta con la relación varones-hembras de 1:4 comúnmente aceptada para los pacientes adultos. Otros autores por lo contrario han encontrado en sus series personales de casos (7-27), una preponderancia de pacientes hembras. Los 4 casos aquí presentados ocurrieron en niñas.

ETIOLOGIA: Mucho se ha escrito y especulado en cuanto a la etiología de la colecistitis y la colelitiasis en los niños. En la mayoría de los casos no es posible establecer una exacta relación casual, con excepción de aquellos pacientes en los cuales la formación de cálculos biliares está asociada a la excesiva destrucción de glóbulos rojos como ocurre en las anemias hemolíticas.

Se han incriminado las infecciones sistémicas, las infestaciones parasitarias y en especial la giardiasis pero sin confirmación definitiva.

La fiebre tifoidea, cuya incidencia global ha disminuído, ha sido anotada por varios autores (27) como otro agente etiológico por la manifiesta tendencia de esta infección a localizarse en la vesícula biliar.

El papel de las variaciones anatómicas y de las malformaciones congénitas de los conductos biliares como agente etiológico en la colecistitis y la colelitiasis ha sido también estudiado. Forshall (7) hace la observación de que en 4 de sus 6 casos reportados, se encontraron pequeños defectos congénitos: estrechez en el cístico, variaciones en la longitud de éste y otros defectos similares. Estas variaciones quizá pudieran contribuir, en la opinión de este autor, a la retención biliar y a la subsiguiente aparición de inflamación y cálculos. Bogatko y Melman (4) y Bonta y Lovingood (5) apuntan anomalías congénitas de las vías biliares en sus casos reportados. Estas aseveraciones en cuanto a la etiología de enfermedades de la vesícula biliar en los niños, parecen tener soporte en los estudios llevados a cabo en adultos por Hayes y asociados. Estos autores (12)

basados en estudios anatómicos en cadáveres y durante intervenciones quirúrgicas, sugieren en su artículo que las enfermedades de la vesícula biliar y conductos extra-hepáticos, parecen ser más frecuentes en pacientes con anomalías congénitas de esta región.

En 2 de nuestros casos, las variaciones congénitas fueron obvias.

En los niños, al igual que en los adultos, la presencia de cálculos biliares puede estar asociada a la excesiva liberación de pigmentos hemáticos. Según Mintz y colaboradores, citando estadísticas de la Clínica Mayo (19), en 70% de los adultos afectados por anemias hemolíticas, se encontraron cálculos biliares. Aunque esta asociación no es tan constante en los niños, Gross (10) reporta que en 3 de sus 6 casos de colelitiasis se encontró la asociación con anemias hemolíticas. Walker (30) de Londres también encontró que en 5 de sus 9 casos de niños operados por litiasis biliar, se encontraban afectados por diversos tipos de anemias hemolíticas.

El factor racial es de importancia desde el punto de vista de la etiología por la posibilidad de la existencia de anomalías hereditarias de los glóbulos rojos o de las proteínas sanguíneas.

En las razas negras se pueden encontrar anomalías de la hemoglobina transmitidas como un factor dominante y que resulta en la formación de células falciformes. Estas células anormales son destruidas en gran número durante las crisis hemolíticas que ocurren frecuentemente en esta enfermedad, resultando en liberación de pigmentos hemáticos y formación de concreciones en las vías biliares. En otros grupos raciales de origen mediterráneo es posible encontrar la presencia de hemoglobina anormal "S", también transmitida como factor dominante y que resulta en la llamada anemia de Cooley, con crisis hemolíticas y un mecanismo de producción de cálculos biliares parecido al anterior. En la anemia Hemolítica Congénita o Esferocitosis hereditaria, encontramos un defecto de las células rojas que se presentan en forma esferoide y que son fácilmente hemolizables en el torrente circulatorio. La excesiva destrucción globular resulta como en los casos anteriores en la posibilidad de formación de concreciones biliares en los pacientes afectados por la enfermedad.

En los casos de Eritroblastosis Fetalis en los que se produce excesiva destrucción de hematíes, no es raro encontrar la formación de cálculos biliares. Lightwood y Bodian (17) han reportado dos casos de litiasis biliar asociados con Eritroblastosis Fetalis y han llamado la atención en su publicación, a la existencia a veces no reconocida, de esta asociación. Walker (30) en un estudio de 100 casos consecutivos de anemias hemolíticas por todas las causas, encontró dos casos de Eritroblastosis asociados con colelitiasis.

Dixon y Owen en 1952 (6) han hecho mención de la predisposición hereditaria familiar a la colelitiasis en los miembros de tres familias por ellos estudiadas. En una de estas familias, 7 de 11 hermanos presentaron en una época u otra, cálculos biliares. En el caso presentado por Swchei (23) de colelitiasis en un niño, la incidencia familiar de litiasis es sumamente notoria.

Al igual que en los adultos, la colelitiasis y la colecistitis pueden coexistir y frecuentemente coexisten. Gross en su obra citada, afirma que la litiasis biliar es más común que la colecistitis en los niños, pero Ulin (28-29) en su revisión de la literatura cita que en 68% de los casos de colecistitis también se encontraron cálculos. Potter (21) encontró solamente 29.7% de pacientes con cálculos en conjunción con colecistitis. Si bien existe discrepancia en las cifras en este aspecto, existe un mayor acuerdo en las estadísticas de diversos autores en cuanto a la poca frecuencia de coledocolitiasis en los niños Ulin (28) en la obra mencionada encontró una frecuencia de 6% y Potter (21) menos de un 3%.

DIAGNOSTICO: Por la poca frecuencia con que se encuentran las afecciones de la vesícula biliar en los niños, el mayor obstáculo en el diagnóstico sigue siendo el hecho de que no se piensa en estas entidades cuando se confronta con un niño con sintomatología abdominal. En el paciente de pocos años el cuadro clínico producido por la colecistitis o la colelitiasis es bastante diferente del que se presenta en el adulto, siendo frecuentemente difícil de distinguir de la sintomatología de un cuadro apendicular. El dolor es generalmente indefinido, localizando en la vecindad del ombligo a veces, pero también puede producirse en el cuadrante superior derecho y ser severo en intensidad. La irradiación del dolor a la espalda y hombro derecho, tan frecuente en los adultos, es raro en los niños. A menudo se presenta la cefálea acompañada de anorexia, malestar general y piroxia con manifestaciones de una inflamación no específica.

Las náuseas y los vómitos son casi constantes y en ocasiones se encuentra constipación. Es generalmente raro que en los niños se pueda obtener una historia de intolerancia a las grasas, contrario a la frecuencia con que este disturbio se encuentra en el adulto. El signo de Murphy es raramente positivo, pero se puede encontrar a la palpación cierta rigidez en el recto abdominal derecho. La vesícula es palpable solamente en ciertas ocasiones.

La presencia de ictericia merece comentario especial. La mayoría de los autores que han estudiado este problema, están de acuerdo en la mayor frecuencia de ictericia en enfermedades de la vesícula y vías extrahepáticas en los niños en comparación con los adultos. Hemos visto que en las estadísticas, los cálculos coledocianos son infrecuentes en los niños. Ulin (28-29) en sus casos encontró un porcentaje de 43 con ictericia, pero solamente un 6% de cálculos obstruyendo el colédoco. Esta aparente discrepancia la explica Babbitt (1) en la mayor proximidad en los niños, de la vesícula biliar a los conductos extrahepáticos, de manera que la reacción inflamatoria envuelve más fácilmente el colédoco, disminuyendo el lumen y produciendo así la sintomatología de obstrucción. La posibilidad de que pequeños cálculos produzcan obstrucciones intermitentes, no puede sin embargo descartarse.

LABORATORIO: Generalmente encontramos una leucocitosis moderada o alta y si existe ictericia, elevación del índice icterico y de la cantidad total de bilirrubina. Debe, en los casos de ictericia, practicarse una batería completa de

pruebas de función hepática, incluyendo las nuevas pruebas enzimáticas, para descartar la posibilidad de una afección hepato-celular. Un estudio completo de la fragilidad globular es mandatorio, ya que antes de todo debe investigarse la presencia de fenómenos hemolíticos. En los pacientes de razas oscuras y en aquellos de origen mediterráneo, es conveniente eliminar la posibilidad de la existencia de células falciformes. Cuando es posible, el estudio cromatográfico de las proteínas de la hemoglobina, debe llevarse a cabo para la investigación de la presencia de las formas anormales hereditarias de la proteína "S".

Por medios radiológicos es posible en un buen porcentaje de casos demostrar la presencia de concreciones biliares. Si bien los cálculos en los niños, en la mayoría de las veces son de origen pigmentario y por consiguiente radiolúcidos, no es raro encontrar en éstos suficientes depósitos de sales de calcio para convertirlos en radio-opacos y visibles en ocasiones en la placa simple de abdomen. Cuando no es posible visualizar los cálculos de esta manera, Harris y Coffey (11) han sugerido usar Telepaque como medio de contraste en dosis de 0.15 mgms. por kilogramo de peso corporal para delinear en esta forma la vesícula biliar cuando el conducto cístico se encuentra abierto. Esta técnica ha resultado satisfactoria, permitiendo hacer el diagnóstico de litiasis biliar en varios de sus casos. Se puede emplear la citada técnica en niños mayores de 11 meses. En edades menores no ha sido posible visualizar la vesícula o vías biliares usando compuestos yodados por vía oral. Forshall (7) con métodos similares, reporta haber hecho el diagnóstico de litiasis biliar en 5 de sus 6 casos. El uso de la biligrafina y compuestos inyectables endovenosamente, ha resultado en una mayor visualización de las vías biliares y en una mayor exactitud en el diagnóstico radiológico.

En el diagnóstico diferencial de los cuadros abdominales dolorosos en los niños debe incluirse la posibilidad de inflamaciones de las vías biliares o de la presencia de cálculos en los mismos. La diferenciación de los cuadros apendiculares y la colecistitis con o sin litiasis es a veces difícil por las manifestaciones a veces vagas con que a menudo se presentan en los niños estas entidades. En ambas el dolor periumbilical puede ser prominente y la localización del dolor en una y otra condición es a menudo incierta y engañosa para el clínico. Si bien la colecistitis y la apendicitis pueden coexistir, esta asociación es rara. Hirsch y Freedlan (14) han reportado un caso en el que ambas condiciones patológicas se encontraban presentes, pero este reporte debe considerarse como una rareza. Frank Barnes (2) cita el hecho de que en sus casos de colecistitis en niños en un 15% el diagnóstico fue de apendicitis. Dos de los casos que aquí se presentan fueron ingresados al hospital con los que se creyó eran cuadros clínicos de inflamación apendicular.

Creemos, que en vista de las manifestaciones inciertas de las enfermedades de la vesícula biliar y conductos biliares en los niños, cuando se interviene quirúrgicamente por apendicitis aguda y se encuentra un apéndice normal en un paciente de corta edad, debe investigarse seriamente la posibilidad de que se trate de una colecistitis o de una colelitiasis. Esta posibilidad es más plausi-

ble aún si hay un recuento alto de glóbulos blancos o la forma leucocitaria es indicativa de un proceso infeccioso. Tearnan (27) en su excelente artículo al respecto, hace hincapié sobre este punto y llama seriamente la atención de los cirujanos para evitar posibles errores.

CASUÍSTICA

CASO No. 1.—Paciente M. M. M. Historia Clínica No. 491092.

Niña de 12 años ingresada de emergencia al Servicio de Cirugía Infantil con el diagnóstico de apendicitis aguda. Presentaba dolor peri-umbilical y en el cuadrante inferior derecho de aproximadamente 12 horas de duración, además de náuseas y malestar general. El examen físico solo reveló una resistencia muscular discreta en la región subcostal derecha. No había ictericia. Un leucograma dio una cifra de 22.800 con una fórmula diferencial indicativa de inflamación. La observación en las horas siguientes a la admisión indicó que el cuadro clínico no era en esos momentos compatible con una apendicitis. En vista de este cambio, se ordenaron otras pruebas de laboratorio, una batería de pruebas hepáticas, de resistencia globular, heces, orina y una colecistografía oral. Las citadas pruebas resultaron normales, excepto por la presencia de ascárides en las heces y la no visualización de la vesícula biliar. Una colangiografía con biligrafina por vía endovenosa mostró también la no visualización de la vesícula biliar, aunque los conductos extrahepáticos se demarcaron plenamente. Con el diagnóstico de colecistitis, fue intervenida quirúrgicamente, practicándosele una colecistectomía. Se encontró una vesícula grande, de paredes gruesas y con un pequeño cálculo obstruyendo el conducto cístico. El post-operatorio fue normal. Ha sido vista en dos ocasiones posteriores, encontrándose ahora en perfecto estado de salud.

COMENTARIO

Esta niña de 12 años fue admitida con un diagnóstico de apendicitis. Según Frank Barnes (2) este es el más común de los diagnósticos de admisión en su serie de casos y también en nuestra corta serie. Es de notarse que la sintomatología inicial era vaga, con dolor peri-umbilical y en el cuadrante derecho al iniciarse y más luego en el hipocóndrio derecho, pero sin tener las características de una manifestación de inflamación vesicular como la conocemos en el adulto. La colecistografía oral y el colangiograma endovenoso fueron de gran valor en el diagnóstico. En este paciente no se encontraron antecedentes de enfermedades de la vesícula biliar o de anemias hemolíticas y la fragilidad globular se encontró normal. La colecistectomía es el tratamiento de elección y en este caso el resultado ha sido enteramente satisfactorio.

CASO No. 2.—Paciente M. S. S. Historia Clínica No. 498516.

Paciente de raza blanca de 13 años de edad admitida a Cirugía por dolor abdominal severo de tres días de duración acompañado de fiebre, náusea, y vómitos y estreñimiento. El dolor era a ratos de tipo cólico, acentuado en el epigastrio y con irradiación prominente al cuadrante inferior derecho. A la exploración presentaba un abdomen doloroso, principalmente en la fosa ilíaca derecha con ligera rigidez muscular. Un recuento leucocitario de urgencia reveló la presencia de 38.000 leucocitos con un marcado cambio a la izquierda en el índice de Schilling. El diagnóstico de admisión fue de apendicitis aguda, lo mismo que el de los médicos residentes que subsecuentemente la examinaron. Sin embargo en el examen abdominal efectuado por el autor se pudo palpar una masa dolorosa bajo el reborde costal derecho, lo que hizo pensar en la posibilidad de una colecistitis. Los exámenes de laboratorio, incluyendo un mosaico hepático, índice ic-

térico, heces, orina, hemograma completo y preparaciones para demostrar la presencia de esferocitos y células faiciformes, sólo revelaron una ligera elevación del índice icterico a 8,9 Unidades, además de los cambios leucocitarios anotados. Una colecistografía oral no logró impregnar la vesícula. Con el diagnóstico pre-operatorio de colecistitis esta niña fue operada, encontrándose una vesícula tensa, de paredes gruesas, y con múltiples adherencias perivesicales. No se encontraron cálculos. El conducto cístico presentaba una dilatación en forma de campana con una marcada estrechez al desembocar éste en el colédoco. Se practicó una colecistectomía. El curso post-operatorio fue normal y en la actualidad la niña goza de buena salud.

COMENTARIO

En este caso encontramos varios puntos de interés. Como en la ocasión anterior, la impresión clínica primera fue que se trataba de una apendicitis por la localización del dolor en la fosa ilíaca derecha, la presencia de náuseas, vómitos y fiebre, sólo que la leucocitosis tan elevada que se encontró inicialmente es infrecuente en la apendicitis no complicada. La presencia de una masa en el cuadrante superior derecho es un dato no común en la colecistitis en los niños pero que en esta paciente fue de gran utilidad en el diagnóstico diferencial. En la operación se encontró una estrechez en el conducto cístico, de origen congénito sin duda y como hemos apuntado anteriormente, es considerado como uno de los factores que pueden dar origen a la colecistitis y la colelitiasis en los niños y en los adultos. Aunque no se encontró ninguna obstrucción en el colédoco la ligera elevación en el índice icterico puede ser indicación, como cita Babbitt (1) de inflamación peri-coledociana con disminución del calibre y estrechez transitoria del mismo.

CASO No. 3.—Paciente M. M. M. M. Historia Clínica No. 21694.

Niña de 12 años admitida con el diagnóstico de colecistitis y colelitiasis para tratamiento quirúrgico. Esta paciente había sido atendida y estudiada previamente en mi consultorio. Por aproximadamente un año antes de la primera visita, había presentado episodios de dolor severo en el cuadrante superior derecho, algunas veces acompañado de ictericia y de coluria. La intolerancia a las comidas grasosas era manifiesta. Dos colecistografías orales no lograron impregnar la vesícula biliar. Los exámenes llevados a cabo durante la hospitalización no revelaron ninguna anomalía en el funcionamiento hepático o en el cuadro sanguíneo. Usando biligrafina por vía endovenosa se efectuó una nueva colecistografía, pudiéndose en esta oportunidad visualizar la vesícula biliar y los pequeños cálculos que contenía. Habiéndose confirmado a satisfacción la presencia de colelitiasis, la niña fue intervenida, practicándosele una colecistectomía. Además de los numerosos pequeños cálculos se encontró una vesícula de gran tamaño pero de paredes delgadas y que además presentaba un acodamiento en su tercio proximal. El conducto cístico se encontró adosado al colédoco por una distancia de aproximadamente 2 cm. El post-operatorio ha sido satisfactorio hasta la fecha encontrándose la niña libre de molestias digestivas en una dieta corriente.

COMENTARIO

En este caso llama la atención el hecho de que dos colecistografías por vía oral no lograron impregnar la vesícula, mientras que con una colecistografía usando biligrafina por vía endovenosa no sólo se visualizó ésta, sino que los cálculos pudieron ser apreciados fácilmente. La presencia de anomalías en la forma, longitud y tamaño de la vesícula y en la posición del conducto cístico es sin duda también de interés en vista de lo apuntado anteriormente.

CASO N° 4.—Paciente G. C. A. Historia Clínica N° 19191.

Niña de 13 años admitida para estudio por crisis abdominales dolorosas de varios meses de duración. Estos dolores eran difusos en su localización, de tipo cólico y habían ido en aumento en intensidad y frecuencia. Las últimas crisis dolorosas habían estado acompañadas de distensión abdominal, vómitos y estreñimiento. No había existido ictericia y en ningún momento el dolor se localizó en el cuadrante superior derecho. Fue operada de apendicitis 3 años atrás, reportando el patólogo una apendicitis aguda, focal y necrótica. Series radiográficas del intestino delgado y grueso no revelaron obstrucción, pero sí distorsión de la parte terminal del íleon con fragmentación del material de contraste y de probable origen adherencial. La niña fue intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico pre-operatorio de suboclusión intestinal por adherencias. Durante la operación, una vez liberadas ésta, se procedió a explorar el resto del abdomen, encontrándose múltiples adherencias perivesiculares y numerosos pequeños cálculos en la vesícula. Se practicó una colecistectomía, con buenos resultados post-operatorios inmediatos y a largo plazo.

COMENTARIO

En esta niña es difícil saber si los cálculos biliares existían ya durante la intervención por apendicitis, ya que la nota operatoria no es explicativa. Sabemos por Hirsch y Freedland (4) que ambas condiciones, la apendicitis y la colelitiasis pueden coexistir aunque esta asociación es bastante infrecuente. El caso ilustra también la importancia de la cuidadosa exploración manual del abdomen, ya que el haber encontrado una colelitiasis en esta niña fue enteramente inesperado por no existir datos clínicos suficientes para sospechar una enfermedad de la vesícula biliar.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se ha revisado la literatura referente a la colelitiasis y la colecistitis en los niños y se presentan 4 casos atendidos en el Hospital San Juan de Dios, de San José de Costa Rica. Los aspectos sobresalientes en cuanto a etiología, sintomatología y laboratorio han sido analizados.

De la literatura revisada y de nuestra experiencia hospitalaria se desprende que la colecistitis y la colelitiasis en los niños no es frecuente. Consideramos sin embargo que es necesario que los médicos encargados de la atención médica y quirúrgica en los niños, tengan en mente la posibilidad de este diagnóstico cuando se les confronta con un cuadro abdominal doloroso. El diagnóstico exacto en estos casos es de importancia en vista de que una resolución quirúrgica adecuada y oportuna produce excelentes resultados finales. Se hace hincapié en el hecho de que la apendicitis en sus varias manifestaciones puede ser y es frecuentemente confundida clínicamente con la colecistitis y la colelitiasis en los niños.

Creemos que es deber del cirujano de niños el indagar manualmente el estado de la vesícula biliar durante las apendicectomías, sobretodo si se encuentra un apéndice relativamente normal y que no corresponde al cuadro clínico por el que se efectuó la intervención.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The available literature on Cholecystitis and Cholelithiasis in children has been briefly reviewed and some aspects of etiology, clinical manifestations and laboratory findings have been commented upon. Four cases of Cholecystitis and/or Cholelithiasis seen at San Juan de Dios Hospital of San José, Costa Rica, are presented and discussed.

From the literature and in accord with our own personal experience we can conclude that these entities are not too infrequent in children. However we have considered necessary to again remind our pediatricians and surgeons that when confronted with a child with recurrent abdominal pains of obscure origin, they may be facing a case of disease of the biliary tract. The differential diagnosis between appendicitis and inflammations or lithiasis in the gall bladder is oftentimes quite difficult because of the similar and equally confusing manifestations of the entities in the young subjects. Two of the cases here presented were admitted with the diagnosis of acute appendicitis and a third case had been previously operated upon for this disease. We have emphasized the fact that an accurate diagnosis of cholecystitis or cholelithiasis in the child is of importance in view of the excellent final results that a prompt and adequate surgical treatment can produce.

We believe that it is the duty of every conscientious surgeon to palpate the gall bladder during the course of a intended appendectomy specially if this organ is found relatively normal. This added effort may be rewarding.

BIBLIOGRAFIA

1. BABBITT, DONALD P.
Gallstones in Children. Report of Four Cases. *A. M. A. Journal of Diseases of Children*. 92:5-9; Julio 1956.
2. BARNES, FRANK E.
Cholecystitis in a four years old child. *American Journal of Surgery*. 95:1013-1014; Junio 1958.
3. BEALE L. S.
Slight Ailments. London 1894. Citado por Potter *A. M. Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 66:604-610; Mayo 1938.
4. BOGATKO D. P. y MEHLMAN J.
Cholecystitis in Childhood. *American Journal of Diseases of Children*. 92:5; Julio 1956.
5. BONTA, JOSEPH A. y LOVINGOOD, CHARLES G.
Acute cholecystitis in Childhood. *Surgery*. 31:309-311; Febrero 1952.

6. DIXON, CLAUDE F. y OWEN, HOWARD W.
Cholelithiasis; Familial Predisposition. *Surgical Clinics of North America*.
Pág. 1177-1180; Agosto 1952.
7. FORSHALL, ISABELLA y RICKHAM, P. P.
Cholecystitis and Cholelithiasis in Childhood. *British Journal of Surgery*.
42:161-163; Sept. 1954.
8. GIBSON J.
Medical Essays and Observations. 2:30; 1722. Citado por Potter. *A. M.; S. G. & O.*
66:604-610; Mayo 1938.
9. GLENN, FRANK y HILL, M. J.
Primary Gall Bladder Disease in Children. *Annals of Surgery*. 139:302; 1954.
10. GROSS, ROBERT E.
The Surgery of Infancy and Childhood. Texto. Publicado por W. B. Saunders,
Filadelfia, U. S. A. 1953. Pág. 530-531.
11. HARRIS R. C. y COFFEY, J.
Cholecystography in Children. *Journal of the American Medical Association*.
153:1333-1337; Diciembre 12, 1953.
12. HAYES, MARK A.; GOLDENBERG, IRA and BISHOP, COURTNEY C.
The Developmental Basis for Bile Ducts Anomalies. *S. G. & O.*
107:447-456; Octubre 1958.
13. HERINGMAN, E. C. and AIKEN, D. W.
Cholecystitis and Cholelithiasis in the Young. *American Journal of Surgery*.
74:27-32; 1947.
14. HIRSCH H.; RAY, E. B. and FREEDLAND M. F.
California Medicina 79:318; 1953.
15. JONES, R. N.
Lancet. 1:324; 1951. Citado por Walker C. H. M. en *Arch. Dis. of Childhood*.
32:293-297; Agosto 1957.
16. LIEUTAND, J.
Historia Anatomía-Médica. París, 1767. Citado por Potter *S. G. & O.*
66:604-610; Mayo 1938.
17. LIGHTWOOD, R. and BODIAN, M.
Archives of Diseases of Children 21:209; 1946.
18. MELO, RAÚL y CAMPOS, MANUEL
Colecistitis y Colelitiasis en Niños de Concepción (Chile). *Revista Chilena de
Pediatría*. 6:252-256; Junio, 1955.
19. MINTZ, A. A.; CHURCH, G. and ADAMS, E. D.
Cholelithiasis. *Journal of Pediatrics*. 47:171-175; 1955.

20. POMERLEAU, OVID F.
Cholelithiasis in Children. *Journal of the Maine Medical Association*.
48:314; Septiembre, 1957.
21. POTTER, ALFRED M.
Gall Bladder Disease in Young Subjects. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*.
46:795-808; Junio, 1928.
22. POTTER, ALFRED M.
Biliary Disease in Young Subjects. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*.
66:604-610; Mayo 1938.
23. SCHWEI, GEORGE P.
Cholecystitis and Cholelithiasis in Children. *Wisconsin Medical Journal*.
57:295-298; Agosto 1958.
24. SNYDER, WILLIAM; CHAFFIN, LAWRENCE and OETTINGER, LEON
Cholelithiasis and Perforation of the Gall Bladder in an Infant. *Journal of the
American Medical Association*. 149:1645-1646; Agosto 30, 1952.
25. STILL, G. F.
Biliary Calculi in Children. Transactions of the Pathological Society. Londres. 1:
151-158; 1889. Citado por Walker, C. H. M. *Arch. Dis. Child.* 32:295-297;
Agosto 1957.
26. SPENCE, G. R.
Cholelithiasis in the Newborn. Report of a Case. *Pediatrics*. 58:478-481; Agosto
1941.
27. TEARNAN, R. A.
Cholecystitis and Cholelithiasis in Children. *Illinois Medical Journal*. 79:418-420;
Mayo, 1941.
28. ULIN, ALEXANDER W.; NOSAL, JOSEPH and MARTIN, WILLIAM L.
Cholecystitis in Choldhood. *J. A. M. A.* 147:1443; Diciembre 8, 1951.
29. ULIN, ALEXANDER W.
Cholecystitis in Children. *Surgery*. 31:312-326; Febrero, 1952.
30. WALKER, COLIN H. M.
Aetiology of Cholelithiasis in Children. *Archives of Diseases of Children*.
32:293-297; Agosto, 1957.
31. WILLAUER, J.
Cholelithiasis in Childhood. A Review. *Helvética Pediátrica Acta*. Basilea. 4:445-
548; Diciembre 1949. Traducido al Inglés en Resumen en *J. A. M. A.* 143:1773-
1774; Agosto 12, 1950.
32. WILENUS, R.
Cholecystitis y Cholelithiasis in Children. Trad. *Anales Quirúrgicos y Ginecológicos
Finlandeses*. 40:135-146; 1951.