



Por un niño sano
en un mundo mejor

ERRORES DIAGNÓSTICOS EN HEPATITIS

*Dra Teresita González
Hospital de Niños de La Plata*

Resumen de historia clínica:

Paciente de 3 años de vida, que presenta un cuadro de 15 días de evolución caracterizado por, ictericia y dolor abdominal de tipo cólico. Al comenzi del mismo consulta a su pediastra quien le diagnpstica hepatitis y le indica reposo y dieta. Luego de 2 semanas como persistian los síntomas vuelve a la consulta. Se decide su internación y posterior derivación a un centro de mayor complejidad, con diagmóstico de hepatitis y abdomen agudo obstructivo.

Examen físico:

Eutrofico, REG, febril, taquicardica, ictericia generalizada. Abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA disminuidos. Hígado a 3 cm del reborde costal de consistencia normal.

Interpretación diagnóstica:

- Hepatitis
- suboclución intestinal

Conducta:

PHP, SNG

Se solicita: hepatograma, hematologico, ERS, coagulograma

Serología para hepatitis virales

PSMF

Rx abdomen

Ecografía abdominal

Ic. con cirugía

Resultados:

Rx de abdomen con niveles hidroaereos en hemiabdomen inferior



Ic con cirugía. abdomrn agudo médico

Laboratorio:

GB 14200 Hb: 10gr Hto: 32/ Pl: 570000 ERS: 80mm GOT/GPT: 91/88 Bi T/D 7,5/7

FAL: 2351 Col: 2,09 TP: 35% Prot totales: 7 Alb: 3,4.

Serologías: IgM HAV (-), HBsAg (-), Anti HBc (-), HCV (-), CMV IgM (-), VDRL (-), EBV (-)

Ecografía. se observa dilatación fusiforme de colédoco (10mm) con contenido ecogénico en su interior porción terminal barro biliar?, litiasis? ascariis?. Wirsung dilatado.



Evolución:

Continúa en REG y con dolores cólicos, disminuyó la distensión abdominal , RHA normales.

se reinterpreta el cuadro como pancreatitis, y colangitis secundaria a:

- Quiste de colédoco?
- Litiasis'
- Ascariasis biliar?

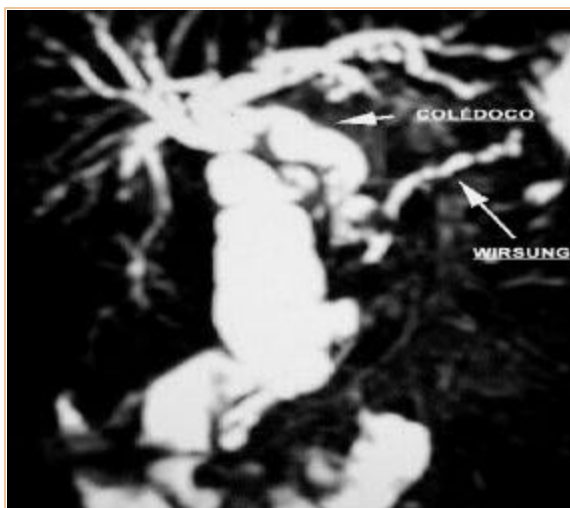
Conducta:

Se medica con ceftriaxona.

Se solicita colangiografía.

INFORME:

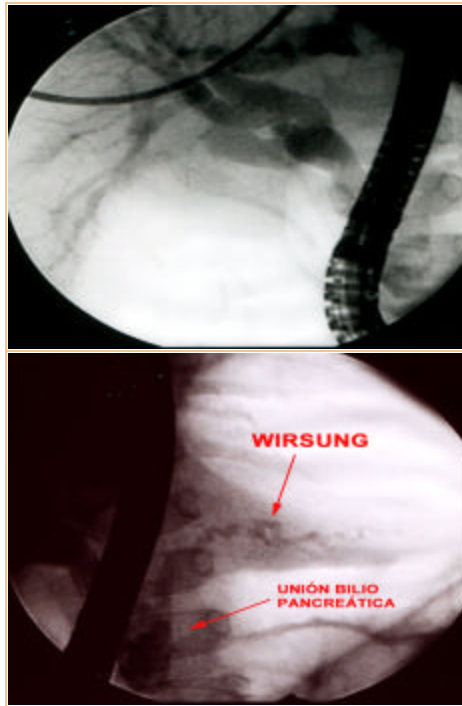
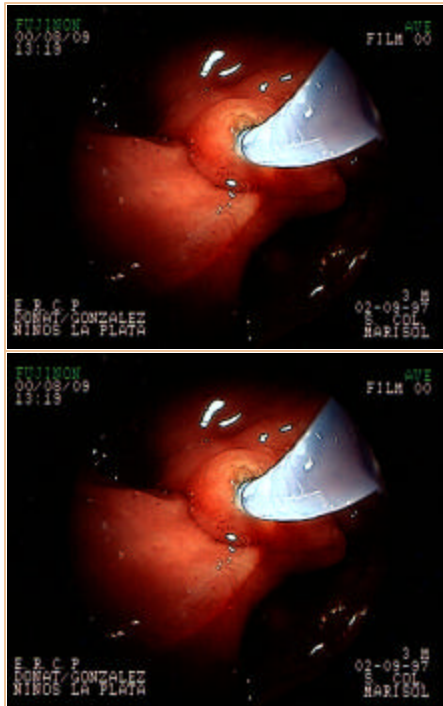
Dilatación de la vía biliar extrahepática con imágenes intracanaliculares distales que sugieren la posibilidad de microlitiasis, o parásitos . Vesícula hidrópica, dilatación del Wirsung.



Laboratorio:

GOT/GPT 142/!76, FAL 4076, BI T/D 6,8/6 Col 2,9 amilasa 1159, lipasa 5989 TP 100%, PSMF: huevos de ascaris.

Se realiza CPRE: Al canalizar la papila se constata estenosis de la misma, notando un resalto al pasar el ostium. La opacificación muestra V.B. extrahepática dilatada, conducto pancreático irregular y dilatado. Se decide realizar papilotomía y se introduce canastilla dando salida a material



Evolución:

Favorable se retira drenaje NB a las 48hs no volviendo a repetir dolores colicos.

Laboratorio a la semana de la CPRE:

GOT/GPT 65/70

Amilasa 225

FAL 2040

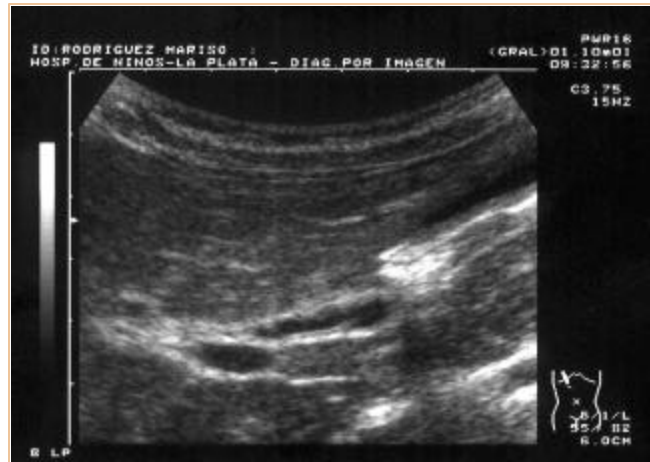
Bi T/ D 2,5/2

Se otorga el alta con seguimiento en hepatología.

El laboratorio se normaliza al mes de la CPRE.

Ecografía al año de evolución:

Diámetro del colédoco de 3,8mm; paredes de vía biliar y colédoco ecogénicas. Wirsung normal



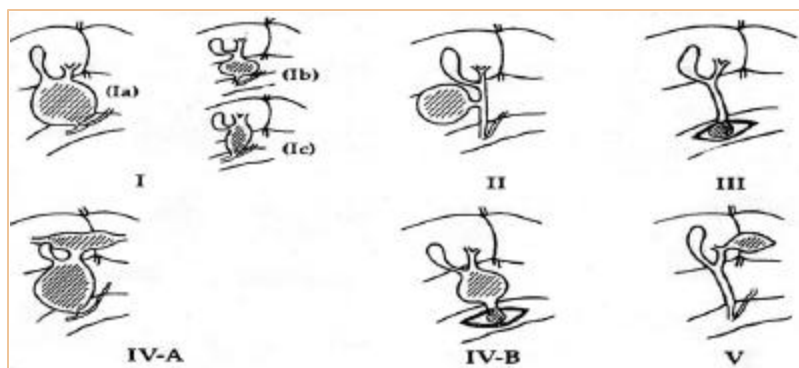
Errores diagnósticos en hepatitis

Los diagnósticos que más comúnmente llevan a errores diagnósticos con hepatitis son la patología de la vía biliar:

- quistes de colédoco
- Atresia de vías biliares
- Litiasis

Otros: -Enf metabólicas
Tóxicos

Quistes de colédoco , Clasificación de Todani:



No esta determinada, pero existen diversas teorías:

- Anomalías de la unión del CBC y el conducto pancreático en el esfínter de Oddi, con reflujo del contenido pancreático provocando inflamación con adelgazamiento de la pared y subsecuente dilatación.
- Segmento del CBC con adelgazamiento congénito de la pared.
- Obstrucción del CBC distal que provoca dilatación.

Signosintomatología más frecuentes en las dilataciones del CBC:

- Dolor abdominal cólico en cuadrante superior derecho.
- Vómitos.
- Intolerancia a las grasas.
- Pancreatitis recurrentes.
- Ictericia.

Métodos de estudio:

- Laboratorio.
- Ecografía.
- Colangiografía MRCP.
- CPRE.

Que grado de dilatación es considerado anormal ?

Son todas las dilataciones del tracto biliar, quistes de colédoco ?

Criterios utilizados para evaluar la dilatación de la vía biliar fueron:

- Vía biliar intrahepática visible.
- Calibre de la vía biliar menor que el de la vena porta.
- Vía biliar extrahepática hasta:
 - 2 mm en lactante y primera infancia,
 - 4 mm en segunda infancia,
 - 7 mm en adolescentes.
- Ayuno de 6 a 8 hs.

En un trabajo publicado en la revista *Ultrasound/2000* se estudiaron 117 pacientes con dilatación de la vía biliar extrahepática, 31 (26,5%) no tenían anomalías del tracto biliar.

Esto sugiere que no todas las dilataciones del CBC son quistes de colédoco.

Usando una línea de corte de 7 mm de diámetro, la precisión diagnóstica fue de 71%, de 10 mm la especificidad aumentó al 90%.

Por este motivo las dilataciones fusiformes deben evaluarse cuidadosamente antes de indicar cirugía.

Debe indicarse cirugía cuando:

- Cuando la dilatación supere los 10mm
- Cuando exista ictericia obstructiva y progresiva
- Cuando existan cuadros de colangitis reiterados.

Indicaciones de CPRE en las dilataciones fusiformes del CBC:

•Pancreatitis recurrente, anomalías de la unión biliopancreática.
(*Gastrointestinal Endoscopy. vol 50, no 2, august 1999, 194-199*)

- **Terapéutica?**
- **Podría evitarse con este método la cirugía?**
- **Disminuyen las posibilidades futuras de malignización?**

Conclusiones:

- Es muy importante poder diferenciar por ecografía las dilataciones patológicas de aquellas que son variantes de la normalidad.
- En las dilataciones pequeñas con síntomas tales como dolor abdominal de tipo cólico, o ictericia evaluar la posibilidad de realizar CPRE.
- Esta última posibilidad referida evitaría la cirugía.
- Indicar cirugía en todos los casos de dilataciones debidas a quiste de colédoco con el fin de evitar la malignización.

Bibliografía:

- 1-Dilatation of the biliary tree in children: sonographic diagnosis and its clinical significance. *J Ultrasound Med* 2000; 19:177-182.
- 2-Long- term results of management of type 1 choledochal cysts in adults. *Acta Chir Belg* 1997 jan-feb; 97(1):13-8.
- 3-Early and late results of excision of choledochal cysts,*Journal of Pediatric Surgery, vol 32, 11,(november) 1997 1563-1566.*
- 4-Intraoperative pancreatoscopy for pancreatic duct stone debris distal to the common channel in choledochal cyst.*Journal of Pediatric Surgery, vol 35, 1,(january) 2000 1-4.*
- 5-Bilan préthérapeutique d` une dilatation congénitale de la voie biliaire principale par cholangio-pancréatographic-IRM. *Arch. Pédiatr* 2000;7:49-53.
- 6-Choledochal cyst: varied clinical presentations and long-term results of surgery. *European Journal Surgery* 1996 6: 78-81.
- 7-Pathogenesis of choledochal cyst. *American Journal of Gastroenterology* 1995 90:685