

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil. Dr. Ricardó Yannicelli

ÚLCERA GÁSTRICA EN EL NIÑO (*)

Dra. María Teresa Cabrera Roca

Con la colaboración del Dr. J. RODRIGUEZ FERNANDEZ. (Equipo Gastroenterológico del Instituto de Pediatría) y la Dra. OFELIA GAROFALO. (Del Servicio de Radiología Dr. José A. Soto)

El hecho de pertenecer al Servicio de Cirugía de Urgencia de Niños, nos pone con relativa frecuencia en presencia de hemorragias digestivas profusas altas o bajas.

En más de una oportunidad hemos visto niños en anemia aguda, por hematemesis y melenas y la causa, una vez estudiada, es o una úlcera de duodeno o una duodenitis en la cual se encuentran claros signos de úlcera.

Por esa circunstancia, en este caso también pensamos en ello. El estudio intrahemorrágico radiológico nos llevó al diagnóstico de úlcera de pequeña curvatura de estómago y dada su rareza, decidimos presentar el caso, buscando en la casuística, casos más o menos semejantes.

Hemos reunido una pequeña serie de historias clínicas, que tienen como denominador común, una posible úlcera de estómago o gastritis de gran magnitud. Todas ellas con su cortejo sintomático de hematemesis y melena, pero ninguno tiene la claridad radiológica del caso que presentamos.

Historia. — La úlcera gastroduodenal en el niño, aunque conocida anatomopatológicamente a fines del siglo pasado, es recién desde 1936 en adelante, que comienzan los trabajos en que se estudia su forma clínica. En nuestro medio en 1948, fue estudiada la úlcera péptica en niños por Muñoz Montevaro y luego aparece el completo estudio del profesor Euclides Peluffo presentado al III Congreso Panamericano y Sudamericano de Pediatría realizado en Montevideo en el año 1951, con el título de "Duodenitis y úlceras de duodeno en el niño". Nosotros nos dedicaremos a la úlcera gástrica, menos frecuente pero no por ello, menos importante. Es necesario conocer una afección para buscarla y buscarla es encontrarla. Cada vez que un capítulo de la patología general ha sido negado en el terreno de la patología infantil, un estudio más correcto y más profundo, nos ha llevado a encontrarla.

Edad. — Se han descripto como encuentro casual en necropsias desde el recién nacido. Es relativamente frecuente en el prematuro. Luego en la primera y segunda infancia, más adelante en el adolescente, que es donde es

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 10 de octubre de 1962.

mayor su número. Probablemente el ulceroso joven ya arrastra su úlcera desde este tiempo.

Anatomía Patológica. — La úlcera de estómago en el niño es casi siempre aguda aunque puede llegar a la cronicidad y aún perforarse. Sangra abundantemente.

Etiología. La etiología es el Strees.

| | | |
|-----------------|---|---------------------|
| Strees físico | } | Prematurez |
| | | Enfermedades graves |
| Strees psíquico | } | 2ª Infancia |
| | | Adolescencia |

(En todos los períodos) grandes quemados (en los que la hematemesis sella su pronóstico sombrío).

Esta causa es casi siempre la sobrecarga de estudios, como pudo estudiar la Dra. Millies en determinado colegio. Problemas familiares o ambientales, como en el caso que motiva esta comunicación. O en otro de úlcera de duodeno, en la niña que había perdido a su padre la semana anterior y que ingresó en anemia aguda por hematemesis y melena por úlcera de duodeno.

Esta causa psíquica es para nosotros de tal magnitud, que creemos que es imposible pretender tratar estos niños sin la colaboración de un médico psicólogo.

Sintomatología. — Es a veces muy difícil obtener antecedentes de cuadros anteriores, aun cuando han aparecido ya las molestias funcionales.

El dolor epigástrico las más de las veces no tiene sistematización en el tiempo, ni ritmo con las comidas. Ardor, vómitos, pesadez en hipocondrio izquierdo, son posibles.

Pero frente a esos síntomas funcionales tan confusos, los síntomas físicos son, las más de las veces la causa de internación.

Hematemesis y Melenas que pueden llegar a la anemia aguda. Se citan casos de perforación que nosotros claramente no hemos visto. Hay un caso a cuya historia me referiré, que se pensó en una perforación tapada de cara posterior de estómago.

En el recién nacido y en las primeras etapas de la infancia, los únicos síntomas son la hematemesis o perforación y melenas en el curso de afecciones stresantes.

Diagnóstico. — El diagnóstico de presunción se establece por los síntomas funcionales dispepsias, aunque ésta no tenga caracteres especiales. En presencia de un niño con terreno psicopático y con causas stresantes físicas o psíquicas.

El diagnóstico definitivo. — La suma de dolor + dispepsia + hematemesis + melena + Radiografía con informe de ulcus.

Pueden faltar los dos primeros elementos.

Diagnóstico diferencial. — Se plantea con:

Úlcera de duodeno o duodenitis.

Gastritis.

| | | |
|----------------------|---|-----------------------|
| Tumorações gástricas | } | Benignas - hemangioma |
| | | Malignas (raras) |

Úlcera secundaria a hernia del hiato esofágico.

Pronóstico. — El pronóstico está supeditado a la precocidad del diagnóstico y la terapéutica, tanto en la etapa de los accidentes agudos, como en el tratamiento de base.

Exámenes complementarios. — Radiografía. Fundamental. Sin ella es imposible hacer diagnóstico. El radiólogo debe conocer al niño. En nuestro caso el Dr. Soto y sus colaboradores. Esta es la primera vez que nos informan

claramente úlcera de pequeña curvatura de estómago. En los otros casos hay generalmente gastritis o duodenitis que enmascaran la lesión que puede o no estar presente. La radiografía debe ser intrahemorragia. El quimismo gástrico estudiado en nuestro medio por el Prof. Peluffo da valores más bajos que en el adulto.

El resto de los exámenes complementarios pertenece a la rutina y a lo que obligue la complicación en juego. Una vez pasado el período agudo la reacción de Weber es importante para ver si dejó de sangrar la úlcera.

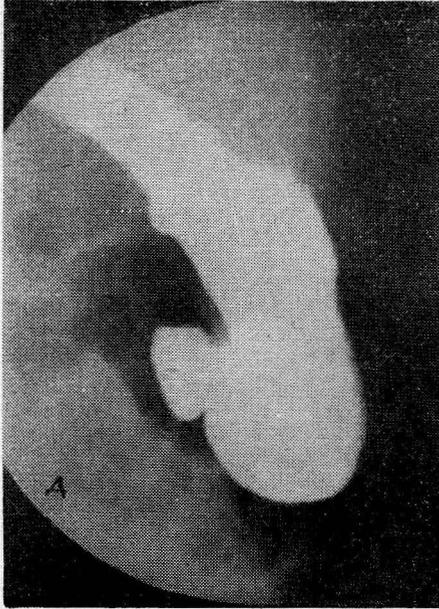


Fig. 1. — Úlcera de pequeña curvatura gástrica.



Fig. 2. — Etapa de curación 11 días después.

Terapéutica. — La terapéutica médica, no difiere en nada de la aplicada al adulto.

- a) Anticolinérgicos.
- b) Protectores de la mucosa gástrica.
- c) Sedantes.
- d) Régimen adecuado.

Para ello pedimos la colaboración del Equipo Gastroenterológico del Instituto de Pediatría, en el caso que presentamos con la colaboración del doctor J. Rodríguez Fernández, que continúa su control en la Policlínica Gastroenterológica.

Damos importancia primordial al tratamiento psíquico. Creemos que es inútil el tratamiento médico si no corregimos las causas familiares o ambientales que presionan sobre el niño. Se precisa para ello tener un psicólogo para su guía ulterior, visitadoras para conocer el medio familiar.

Terapéutica quirúrgica. — La vigilancia quirúrgica es fundamental. La lesión en sí bien tratada retrocede con el tratamiento médico. La presencia de complicaciones, hemorragias incoercibles, perforaciones imponen una sanción

quirúrgica a la que nosotros no nos hemos visto abocados. Los autores extranjeros Benson, en su *Pediatric Surgery*, Vol. 2, así como Alexander Livaditis en Vol. 118, 16-21-959. Realizan gastrectomías y no creen tener problemas de desarrollo ulterior. Pero la generalidad de los autores extranjeros creen que se debe ser económico en el caso de las intervenciones, pues el desarrollo del niño estará comprometido. Cierre de la úlcera en caso de perforación. Gastrectomías parciales en caso de hemorragias incoercibles. Ligaduras de pedículo.

CASO N° 1

N° Registro: 4.868. Fecha: 6/VII/62. Nombre: R. S. L. Edad: 12 años. Raza: blanca. Sexo: masculino. Nacionalidad: uruguayo.

Datos clínicos de interés. — Motivo de consulta: Hematemesis profusa, anemia aguda. Enfermedad actual: Comienza hace 6 días con dolor tipo cólico, localizado en epigastrio, post-prandial precoz, de breve duración, que cede espontáneamente. Se repite el cuadro en los días siguientes con iguales caracteres. En algunas oportunidades el dolor se acompaña con ardor, pirosis y algunas regurgitaciones ácidas. Se le nota además ansioso, pálido y decaído. En el día de ayer la palidez se acentúa, presentando gran astenia, cefaleas, vértigos y fefenos. En el día de hoy, luego de levantarse presenta una lipotimia y seguidamente una hematemesis de unos 250 cc. de sangre roja con coágulos. Antecedentes personales: Niño considerado como "nervioso" concentrado, ansioso, impresionable; en los días anteriores a la enfermedad se le nota más preocupado y ansioso por problemas económicos familiares. Antecedentes familiares: Padre al que se le ha diagnosticado úlcus duodenal; tratado. Examen: Lúcido, ansioso, polipnéico; piel y mucosas pálidas; estado general conservado. Cardiovascular: Ruidos normales; taquicardia 150 p.m. Pulso 150 p.m. isócrono. Respiratorio: Polipnea 50 p.m. Resto s/p. Abdomen: Simétrico, móvil; blando, depresible e indoloro. Tacto rectal: Douglas libre e indoloro; vienen materias negras en el guante.

Evolución clínica. — 7/VII/62: Ha continuado la Melena. Mejora el estado general, no tiene polipnea ni taquicardia. Transfusión 500 cc. y 350 cc. 8/VII/62: En horas de la noche ha hecho nueva hematemesis. Transfusión 400 cc. y 500 cc. 8/VII/62: No ha sangrado más. Continúa con Melenas. Materias muy duras, se indica enema evacuador. 9/VII/62: Pasa bien. No ha sangrado. Buen estado general. 10/VII/62: Continúa buena evolución. 14/VII/62: Evacuaciones muy difíciles. Maniobras manuales: se evacúa fecaloma. Materias negras. 15/VII/62: Hematemesis de sangre roja, abundante. Transfusión 500 cc. 16/VII/62: Evacúa espontáneamente. Materias claras. 22/VII/62: Ha continuado buena evolución. Pasa a Medicina para continuar su tratamiento.

Exámenes complementarios (Análisis y Rayos X). — Examen contrastado de gastroduodeno. Se comprueba un úlcus de pequeña curva gástrica sobre su porción vertical (Dr. Soto). 2° examen: Borramiento imagen de úlcus. No se realizó estudio de quimismo gástrico por la nerviosidad del niño.

Examen de Laboratorio.

| Hemogramas | 6/VII | 14/VII | 15/VII | 17/VII |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| G. R. | 2.350.000 | 4.010.000 | 3.600.000 | 3.800.000 |
| Hb | 73 % | 80 % | 68 % | 77 % |
| V. G. | 1,02 | 0,85 | 0,94 | 1.01 |
| G. B. | 10.000 | 7.400 | 10.600 | 5.600 |
| Neutr. | 83 % | | 76 % | 59 % |
| Eos. | 1 % | | 0 | 2 |
| Mon. | | | 2 % | 1 % |
| Linf. | 15 % | | 22 % | 38 % |

CASO Nº 2

T. D. C., 12 años. Melenas. No hematemesis. No antecedentes de dispepsia de ningún tipo. Rayos X: gastroduodenitis; no se encuentran lesiones aparentes de úlcera (Dr. Soto). Hemos puesto este caso pues es muy común que éste sea el informe y la úlcera que es aguda quede disimulada en el proceso de gastroduodenitis y no deja rastros luego de ser tratada y controlada en ulteriores exámenes de Rayos X.

CASO Nº 2

M. G. V., 12 años. Ingresó 23/VII/59. Dra. Murguía de Roso. Dolores epigástricos intensos, vómitos, hematemesis. Evidente carácter psicopático. La radiografía da una imagen en cara posterior de estómago difícilmente catalogable, se piensa en posible úlcera de estómago perforada en cara posterior (Dr. Soto).

CASO Nº 3

L. A. R., 6 años. Ingreso 7/II/62. Intoxicación por gamexane. Dolor y ardor epigástrico. Hematemesis y melena. Tratamiento médico; sigue bajo control. Rayos X: Úlcera gástrica. No se encuentra la documentación radiológica correspondiente.

CONCLUSIONES

- a) Se estudian casos de úlcera gástrica en el niño.
- b) A veces el único elemento para hacer diagnóstico son los síntomas físicos de hematemesis y melena.
- c) En el tratamiento médico ponemos énfasis especial en la importancia del tratamiento psíquico.
- d) El tratamiento quirúrgico debe reservarse a las complicaciones por la incidencia de la gastrectomía sobre el desarrollo ulterior del niño.
- e) Creemos que si valoramos más los sufrimientos epigástricos en el niño y practicamos más estudios radiológicos podremos encontrar lesiones en períodos más precoces de su evolución.

BIBLIOGRAFIA

- BENSON, C. D. — Pediatric Surgery. Vol. 8, pág. 675-77, Chicago, 1962.
 GROSS, R. E. — The Surgery of Infancy and Childhood. 10-146, 1953.
 SVENSON, O. — Cirugía Pediátrica. Pág. 296, 96, 1958.
 LIVADITIS, A. — Peptic Ulcer in Childhood. Gastrectomy on A 8 Year Old Boy. Act Chir Scandinav, 118, 16, 21, 1959.
 TELUFFO, E.; HECTOR BAZZANO y colaboradores. — Duodenitis y úlcera duodenal en el niño. Congreso Panamericano-Sudamericano de Pediatría. Págs. 186 - 212. Montevideo, 1951.
 MUÑOZ MONTEAVARO, C. — Úlcera péptica crónica en el niño. Anales Ped. Urug., 19 - 450, año 1948.