

CIRUGIA PEDIATRICA

Hemorragia digestiva masiva en un niño de 10 años

Tratamiento quirúrgico*

Dres. EDUARDO ANAVITARTE, CESAR ARRUTI,
DAVIR TORRES y HECTOR BAZZANO**

El interés de esta comunicación radica en la presentación de un caso de gastrectomía por ulcus sangrante en el niño.

S. C. 10 años; señor masculino; raza blanca; procede de La Paz (Canelones).

HISTORIA CLINICA

Motivo de ingreso: Hematemesis y melenas (19/XI/70).

Enfermedad actual: Tres días antes de su ingreso, sufre una lipotimia seguida horas más tarde por hematemesis y melenas. Visto por médico, comprueba una gran palidez cutáneo-mucosa acompañada de sudoración, por lo que es enviado a este servicio.

Este episodio culmina un sufrimiento de seis meses de evolución, en que aparece un dolor epigástrico cotidiano, con los caracteres de ritmo: comida — dolor — comida, en algunas oportunidades nocturno. No presentó en ningún momento irradiaciones torácicas ni lumbares; y tampoco adquirió características de dolor transfixiante. No se acompañó de vómitos, ni hematemesis o melenas, hasta el momento actual. No presentó pirosis ni regurgitaciones. No hubo disfagia y el dolor no se exacerbaba con los movimientos de flexión del tórax; pero en cambio calmaba con la ingestión de alcalinos.

Consultó médico en varias oportunidades, siendo tratado con vitaminoterapia, abstención de excitobiliares e ingestión de alcalinos (Leche de Magnesia); con lo que experimentó una leve mejoría en los últimos tres meses.

Desde que comenzó su sufrimiento, adelgazamiento de varios kilogramos y mal estado general.

No existen antecedentes de ingestión de corticoides ni aspirina.

Tránsito digestivo: Hasta el momento de su ingreso, sin particularidades.

Tránsito Urinario: Sin particularidades.

Antecedentes Personales: Desarrollo pondero-satural dentro de los límites normales. Eruptivo

vas de la infancia; amigdalectomizado a los 6 años. No tuvo hepatitis.

Desde el punto de vista psíquico, se destaca la introversión e importantes trastornos del carácter.

Antecedentes Familiares: Padre, madre y tres hermanos sanos.

Examen: Visto por la guardia a la hora 20, una hora después de su ingreso, se comprueba: Niño intensamente pálido, taquicardia de 120 p.m. Presión Arterial 110/50. Temp. Axilar 37°; Temp. Rectal 38.5°.

El hemograma efectuado de urgencia revela: G.R. 1.800.000; G.B. 15.800; Hb. 36%. V.G.1. Se indica una transfusión de sangre de 400 cc.

A la mañana siguiente, visto en sala; el niño está lúcido; apirético; no polipneico pero con intensa palidez cutaneomucosa.

Bucofaringe: Mucosas muy pálidas y secas; lengua saburral. Dentadura en mal estado.

Abdomen: Simétrico; se moviliza con la respiración; no se observa circulación colateral. La palpación revela dolor a nivel de epigastrio, discretamente irradiado a hipocondrio derecho. No se palpa hígado ni bazo.

Fosas lumbares: Libres e indoloras.

Cardiovascular: Ritmo regular de 130 p.m.; tonos cardíacos bien golpeados; pulso radial sincrónico de 130 p.m.; presión arterial 100/50.

Pleuropulmonar: Clínicamente sin particularidades.

Linfoganglionar: Cuello, axila y regiones inguinales sin particularidades.

Exámenes complementarios: T. de coagulación: 9 min. T. de sangría: 1 min. 30 seg. Coágulo retráctil.

Hemograma: G.R.: 2.900.000; G.B.: 7.300; Hb.: 38%; V.G.: 0.64. Plaquetas en cantidad normal.

Examen de orina: normal.

Gastroduodeno: (Dr. Bazzano): el estudio radioscópico y radiográfico, mostró estómago sin signos de retención en ayunas, no presentando lesiones orgánicas. Probable ulcus a nivel del bulbo duodenal (fig. 1).

Evolución: 20/XI/70: en sala se realiza el siguiente tratamiento:

—Reposición de la volemia mediante transfusiones de sangre fresca.

—Bolsa de hielo en el vientre.

—Dieta absoluta por vía oral; excepto la ingestión de antiácidos (Mucaíne frío por cucharadas) y antiespasmódicos (Paratropina).

—Controles seriados de pulso, presión arterial y diuresis.

* Presentado a la Sociedad de Cirugía el 27 de octubre de 1971.

** Prof. Adj. de Clínica Quirúrgica y Jefe de Servicio de Cirugía de Niños del Hospital Pedro Visca. Asistente de Clínica Quirúrgica Infantil. Cirujano Pediatra Adjunto del Hospital Pedro Visca, M. S. P. Jefe de Servicio de Radiología del Hospital Pedro Visca, M. S. P.



FIG. 1

21/XI/70: al día siguiente de iniciado este tratamiento, el niño presenta nuevos episodios de hematemesis que adquieren un carácter de incoercibles e iterativos. El volumen de la hematemesis es cada vez más importante, llegando a expulsar en un vómito unos 250 cc. de sangre roja.

La gravedad del cuadro determina una gran repercusión sobre el estado general del paciente, que presenta una palidez extrema, taquicardia con pulso incontable y filiforme, intensa polipnea, estado de ansiedad y agitación psicomotriz.

Dada la gravedad del cuadro se decide la intervención con el diagnóstico de úlcus duodenal sangrante.

Intervención quirúrgica: (Hora 10 y 30). Prof. Adj. Dr. E. Anavitarte; Dr. C. Arruti; Dr. D. Torres; Anestesia Gral. Dra. Bengochea. Incisión mediana supraumbilical.

Abierto peritoneo, se expone el estómago, palpándose a nivel yuxtapilórico un engrosamiento que corresponde a la úlcera. El segmento pancreático adyacente también se encuentra indurado.

Se realiza: Gastrectomía alta con gastroyunostomía precolónica oral parcial.

Cierre de la pared por planos.

Se deja una sonda nasogástrica.

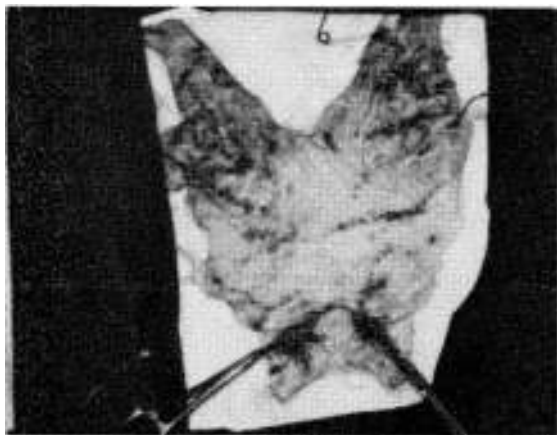


FIG. 2

Abierta la pieza operatoria, se comprueba una úlcera grande en cara anterior y cara posterior (Úlceras en beso) de la región yuxtapilórica (fig. 2).

Se envía la pieza a la Posta Central de Anatomía Patológica.

Examen macroscópico: Dr. Posada. Se recibe material procedente de una gastrectomía subtotal, abierta por su gran curva. El estómago en su cara mucosa muestra una desaparición casi completa de todos los pliegues mucosos y en la región yuxtapilórica, la presencia de una falta de sustancia de donde se toma un fragmento. En la mucosa del cuerpo se observa un piqueteado hemorrágico. Se toma un fragmento. No se encuentran ganglios. Se archiva el resto del material.

Examen microscópico: (Dra. H. Klempert). Cortes de pared de estómago, que en un sector comprende píloro con los caracteres de una úlcera crónica con signos de actividad. La mucosa gástrica muestra lesiones de gastritis crónica.

Postoperatorio: La evolución postoperatoria se realizó sin incidentales, empleándose el método de realimentación habitual que fue perfectamente tolerado. Es dado de alta a los 12 días en buenas condiciones, con controles periódicos en Policlínica (fig. 3).



FIG. 3

COMENTARIO

Si bien en el recién nacido y en los lactantes de alrededor de 1 año, es más común la úlcera gastroduodenal aguda, la úlcera péptica crónica se ve con frecuencia en la niñez, aún en edades tempranas de la vida (5). En el curso del decenio 1958-1968, se estudiaron en la Policlínica de Vías Digestivas del Instituto de Pediatría, 84 casos de duodenitis de los cuales el 50 % resultaron ulcus de duodeno (5). La incidencia debe ser aún mayor que la descrita si nos basamos en las historias de adultos con úlcera gastroduodenal, cuyos síntomas se arrastran a la infancia.

En lo que respecta a las complicaciones: perforación y hemorragia, son más comunes en los pacientes más jóvenes; en tanto que el dolor y la sintomatología obstructiva, se ve en niños de más edad (4).

La relativa rareza de complicaciones graves como para requerir una intervención quirúrgica, ha limitado la experiencia, no solamente en nuestro medio en que no hay casos relatados en la bibliografía, sino en la literatura mundial.

Respecto a la gastrectomía en el niño, siempre ha sido tema de discusión su indicación, por las consecuencias nutricionales que llevarían al hipocrecimiento e infantilismo (4). En contraposición a este criterio, revisando la literatura al respecto, encontramos los siguientes casos:

Clifford Benson (1) en el Children's Hospital de Michigán, realiza gastrectomía en dos niños: uno de 10 años con estenosis pilórica por ulcus duodenal y otro de 4 años con hemorragia por ulcus. Ambos casos seguidos durante años, tuvieron una evolución satisfactoria.

Por su parte Green y Hendren (1), aconsejan el tratamiento quirúrgico definitivo precoz de las complicaciones de la úlcera crónica en los niños. En tres pacientes gastrectomizados de 6, 10 y 12 años, no observaron retraso en su crecimiento y desarrollo luego de reseca el 60 al 65 % del estómago.

Cameron (1953) (2) realiza gastrectomía amplia en una niña de 12 años con síndrome ulceroso que no cedía con tratamiento médico. Se trataba de una úlcera crónica de 1ª porción de duodeno. Evolución favorable aumentando 7 kg. en 1 año.

Bouvier (1949) (2) realiza un Billroth II por ulcus duodenal con estenosis pilórica en un niño de 7 años clínicamente normal 11 años después.

Melchior (1942) (2) reseca 2/3 partes de estómago por ulcus con estenosis duodenal en un niño de 14 años. Buena evolución ulterior.

Badosa (1942) (2), gastrectomía tipo Reichel-Polya por ulcus duodenal en niño de 10 años clínicamente normal 2 años después.

Rognon y Thuau (6), gastrectomía tipo Pean, en niño de 13 años por ulcus hemorrágico de antro. Buena evolución.

Finalmente citaremos el único antecedente de mal pronóstico por gastrectomía, corresponde al caso de Charrier, Debray y Darnis (6), que realizan dos gastrectomías en niños de 8 y 12 años. Ambos evolucionaron a la caque-

xia e infantilismo con nanismo; pero se demostró que existía una fístula gastroyeyunocólica en ambos casos.

La gastrectomía amplia en este niño, permitió detener una hemorragia que había adquirido características graves por lo incoercible y por el volumen expulsado en poco tiempo en un niño con mal estado general y una anemia importante. Además la anatomía patológica, confirmó una lesión crónica, en forma de úlcera-doble yuxtapiórica, cuyo único tratamiento era el quirúrgico. La evolución inmediata fue muy favorable y la mediata, un año después, a la fecha ha aumentado 4 kg. de peso y no se ha reactivado su sintomatología ulcerosa.

RESUMEN

Se relata un caso de hemorragia digestiva masiva en un niño de 10 años, causada por una úlcera crónica, doble, yuxtapiórica, cuyo tratamiento definitivo consistió en una gastrectomía subtotal, y su evolución favorable.

RÉSUMÉ

On présente une observation de hémorragie digestive masive, dans un enfant de 10 ans, produit pour une ulcère chronique, double et yuxtapiorique, dont la gastrectomie subtotal fut le traitement radical et l'évolution très favorable depuis un an.

SUMMARY

A case of acute severe digestive bleeding in a 10 years old boy is reported. It was produced by a peptic yuxtapioric ulcer and the radical treatment consisted in subtotal gastrectomy. The evolution was satisfactory one year latter.

BIBLIOGRAFIA

1. BENSON, C. Cirugía Infantil. Salvat Editores. España, 2: 766, 1967.
2. CAMERON, A. Surgical aspects of chronic duodenal ulcers of childhood. Report of a case. *Archives of Surgery*, 66: 827, 1953.
3. McALEESE, J. and SIEBER, W. The surgical problem presented by peptic ulcer of the stomach and duodenum in infancy and childhood. *Ann. Surgery*, 3: 396, 1953.
4. PELUFFO, E., BAZZANO, H., MARTINEZ PRADO, G. y ARROSA, L. Duodenitis y úlceras duodenales en el niño. *III Congreso Sudamericano de Pediatría*, 186, 1951.
5. RODRIGUEZ, J., GOMEZ DEL VALLE, C. y SAENZ GALLINAL, R. Duodenitis en el niño (a propósito de 84 observaciones). *El Día Médico Uruguayo*, 445: 685, 1970.
6. ROGNON, L. and THUAU, F. Gastrectomie chez un enfant pour une ulceration hemorragique de l'estomac. *Memoires de l'Academie de Chirurgie*, 84: 68, 1958.
7. SWENSON, O. Cirugía Pediátrica. *Editorial Interamericana S. A. México*, 296, 1958.