

Sr. COORDINADOR. Tienen la palabra los Dres. R. del Campo y H. Bazzano.

ULCERA DUODENAL PERFORADA E EL RECIEN NACIDO

Dres. R. Del Campo y H. Bazzano.

G. A.: de cuatro días es enviada al Hospital Pedro Visca por el Dr. De los Santos. Nació de un parto distócico, prolongado con asfixia blanca y cubierto su cuerpo con meconio, haciéndose inmediatamente el tratamiento correspondiente a la asfixia, respiración artificial, excitaciones, oxígeno. Presenta desde el nacimiento vómitos que en los dos últimos días se hicieron biliosos. A su ingreso presentó deposiciones verdosas abundantes y vómitos bilioso. Se le inyectó plasma y suero Hartman. Al examen: niña lúcida, algo deprimida, llanto débil sin síndrome funcional respiratorio, piel elástica con descamación intensa. Cordon umbilical con surco de eliminación. Punculo edematoso al nivel de la pared abdominal y en especial en los grandes labios. Ligeró edema de miembros inferiores, turgencia de la piel disminuida. Abdomen distendido, sonoro a la percusión. Palpación: pared abdominal resistente, dificultando la palpación del hígado y resto de los órganos. No hay macidez desplazable. Al colocarse sonda rectal se nota una resistencia a unos 6 centímetros de la margen del ano que impide su pasaje; al tacto rectal se nota la misma resistencia.

Cordio pulmonar s.p. Tonos normales. Pleuro pulmonar s.p. Bucofaringe y oídos normales.

Por la noche persisten los mismos signos abdominales, se hace un examen radioscópico constatando un neumoperitoneo en piso superior del abdomen, y se resuelve intervenir.

Cirujano: Dr. R. del Campo, Petes. Kotukian y Rovira. Anestesia, éter. Laparotomía mediana. Se inciden todos los planos hasta el peritoneo. Sale líquido citrino y gases. Se explora el colon sin encontrar particularidades. Explorado el estómago y región duodenal se encuentra bilis. Al caer sobre segunda porción del duodeno, se comprime y sale bilis, y también gases por un orificio del tamaño de una lenteja, perforación que parece corresponder a una úlcera. Se cierra en dos planos perforante y otro seroseroso.

Se examina colon descendente y sigmoide sin encontrar particularidades; sobre asas delgadas hay algunos exudados.

Se cierra la pared en tres planos sin dejar drenaje.

En los cuatro días que siguieron al acto operatorio tuvo pequeño movimiento febril, al sexto día ascenso a 38 grados para descender en api-

rexia hasta el 13. Después en los días siguientes, temperatura variable, coincidiendo los ascensos con la transfusión de plasma. La alimentación con pecho se inició al día siguiente de la intervención, siendo bien tolerada. Transfusión de sangre y plasma, penicilina, estreptomina, vitamina C, etc.

Mejóro evidentemente, llegando a normalizar su alimentación, aumentando de peso.

A los veintiseis días se reinicia el cuadro primitivo con las mismas características, falleciendo con temperatura elevada después de una transfusión de plasma de 60 gramos.

Se practica la necropsia y el examen anatomopatológico por el Dr. Matteo, en el que se recogieron los datos siguientes: Al nivel de la segunda porción duodenal, la existencia de un pequeño orificio, no existiendo la herida cicatrizal correspondiente. No se ha hecho aún el examen microscópico.



Figura 1.



Figura 2

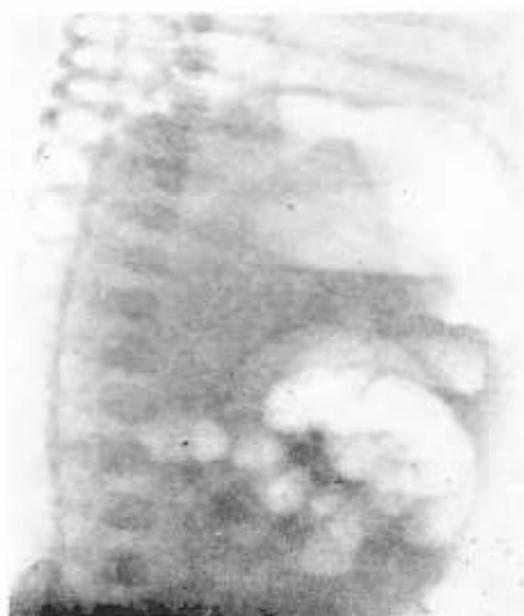


Figura 3.



Figura 4.

COMENTARIOS

La lesión poco frecuente en el niño que se ha estudiado especialmente en la segunda infancia en adelante, y en cuya búsqueda se ha llegado a acumular algunas observaciones en nuestro medio, es rara en el recién nacido. Hemos encontrado en la bibliografía general un número reducido de casos.

Hace pocos días ingresó al Hospital Pereyra Rossell un niño de seis años con signos anteriores de dispepsia, presentando como síntomas importantes: dolor paraumbilical, en relación con la ingestión de alimentos y una hematemesis bastante abundante, el examen radiográfico constató la existencia de modificaciones del bulbo duodenal, sospechosas de un úlcus.

El proceso ulceroso con las características que presenta en el adulto con clínica similar y signos muy semejantes, ha sido ya señalado y en la casuística general las observaciones van aumentando

Se piensa ya y se tiene en cuenta frente al enfermo con sufrimientos de esa índole, la enfermedad ulcerosa llegando con frecuencia al diagnóstico positivo.

Pero nuestra observación tiene características interesantes que vamos a destacar. En primer término debe señalarse como muy importante el hecho de que el proceso es constatado en un recién nacido. En segundo término las características clínicas, la dificultad de diagnóstico y el examen radiográfico, la complicación, la perforación.

El proceso como lo expresamos antes, es raro en el recién nacido y en el lactante. Algunas observaciones hemos encontrado en la bibliografía. Entre nosotros creemos es la primera.

Para poder explicar este proceso se han invocado las más diversas patogenias cuya comprobación es muy difícil de realizar. La isquemia de la mucosa gastro duodenal por modificaciones en la circulación causadas por el traumatismo del parto, los procedimientos usados en la reanimación después del parto y en especial las sondas introducidas bruscamente en esos infantes de nerviosidad, los cáusticos ingeridos las lesiones de la mucosa concomitante con estados seborreicos o eczematosos, las insuficiencias renales y las embolias provocadas por cuadros sépticos.

La sintomatología puede ser diversa y variable, con frecuencia con características tales que desorientan y conducen a diagnósticos erróneos, pero dos signos fundamentales se describen, la hematemesis y la melena, en especial cuando se trata de niños de segunda infancia. En el recién nacido la clásica sintomatología que se observa y se señala como frecuente, no ha sido constatada. No ha existido en la observación que presentamos a la consideración de ustedes. Por el contrario, los síntomas descritos en las observaciones que conocemos y en la nuestra son tan diversos y tan distintos de los que corresponden al verdadero proceso, que es fácil desviarse del diagnóstico. En casi todas predominaban síntomas que correspondían a un proceso médico general.

En el caso mencionado por I. Senshenier en J.A.M.A., volumen 105, pág. 875-6-1935, se refiere a un caso de un recién nacido, del 8º mes, extraído por cesárea con hernia inguinal, alimentado con leche desecada diluida. Al cuarto día ictericia y deshidratación abdomen distendido y edema del escroto, zonas de coloración rojiza en parte baja del abdomen, temperatura sub-normal, respiración rápida, pulso rápido. Signos de derrame peritoneal y de

ruptura visceral. Falleció antes de la intervención. Necropsia: Abierta la cavidad peritoneal, se constata intestino colapsado cubierto de exudado cremoso amarillento, peritoneo congestivo, ligamento superior y vena umbilical congestiva, uraco prominente; cuando se hizo presión sobre escroto izquierdo salió material cremoso amarillento por el orificio inguinal izquierdo, por el derecho no. retro-peritoneo congestivo con pequeñas burbujas de gas. Apéndice normal. Dilatación cecal al nivel de válvula ileoceca. Duodeno dilatado y cuando se abrió, se constató úlcera perforada rodeada de pequeño arco rojo. Estómago contraído con área necrótica hemorrágica en la gran curvatura, mucosa congestiva y espesada. Debajo de la perforación el contenido intestinal estaba representado por un contenido pastoso amarillento, no había otras ulceraciones en la mucosa del intestino delgado y del grueso. El estudio microscópico de la zona vecina a la ulceración no reveló inflamación.

En el caso nuestro sólo existieron signos funcionales, vómitos y diarreas y ligero balonamiento de vientre que hicieron pensar en el primer momento, en un proceso médico. La persistencia de la sintomatología funcional correspondiendo al aparato digestivo, un mayor balonamiento de vientre nos indujo a practicar la exploración radiológica, constatando el neumoperitoneo en el piso superior del abdomen que obligó a la intervención con el resultado que señalamos en la observación clínica.

Cuando existe la hematemesis o la melena como acontece en el niño de segunda infancia, puede presentar todos los grados como en el adulto, obligando a su búsqueda y al minucioso estudio en los casos en que por ser muy poco marcada puede pasar desapercibida. No existe en nuestro caso una exacta correlación entre la clínica y el examen radiográfico, constatación frecuente en algunas malformaciones o procesos quirúrgicos del recién nacido. Bastenos recordar lo que ocurre con las estenosis duodenales, que dan la poca sintomatología clínica, física y funcional en discordancia con las constataciones radiográficas.

La radiografía en nuestro caso constituyó un poderoso auxiliar sin el cual no hubiéramos llegado a la constatación de la seria lesión de nuestro enfermito.

Si la lesión es poco frecuente en una niña de esta edad que sufrió las contingencias de un parto laborioso y traumático, causa etiopatogénica a tener muy en cuenta como originaria de su

lesión mucho más raro y casi constituye el rasgo saliente de esta observación clínica, es la complicación, la perforación, tal como ocurre en el adulto. Y como detalle importante el hecho de que esa complicación, no proporcionó al clínico la sintomatología característica y propia de ella como acontece en el adulto. Ni el dolor intenso, manifestado en las diversas condiciones en que aparece en el recién nacido y en el lactante, ni el vientre contracturado típico de la lesión, se hicieron presentes para determinar la intervención de urgencia, sólo vómitos y deposiciones biliosas abundantes, caracterizaron el cuadro clínico.

En cuanto al tratamiento realizado que consistió en la búsqueda de la lesión y la sutura de la ulceración en dos planos, bajo anestesia al éter, considero que es lo más y lo que debió hacerse.

Consideramos sin embargo que esta enfermita hubiera beneficiado de la anestesia por gases.

En el postoperatorio realizamos el tubaje duodenal, la oxigenoterapia y la plasmoterapia, haciendo en el acto operatorio y alguna vez en el postoperatorio la transfusión de sangre.

Otro elemento a destacar es que el estado general haya mejorado evidentemente y que la enfermita se haya normalizado, alimentándose como correspondía a su edad y que a los veintiséis días cuando el pronóstico era favorable se haya repetido la primitiva sintomatología.

Es este un problema que a pesar de debatirse desde hace mucho tiempo, en esta última etapa la preocupación de los clínicos se ha intensificado. Pero el problema corresponde al niño de segunda infancia en adelante y excepcionalmente al recién nacido y el lactante. I. Senshenier al comentar el caso que relatamos antes, hace referencia a 12 casos de la bibliografía desde el año 1868 al 35.

En el trabajo de J. M. Afése y Sierer, de Pensilvania, se menciona tres casos de úlcera gástrica y trece de úlcera duodenal y sólo se hace referencia a una observación de un niño de 6 meses. Las observaciones que se refieren al recién nacido son muy pocas y muy pocos son también los trabajos que al respecto existen. Pero de las lecturas por nosotros realizadas y de este caso que presentamos, deducimos algunas conclusiones importantes.

En la bibliografía existen algunos casos descriptos, correspondiendo a úlceras gástricas predominantemente. Desde el año 1938 al año 1951 existen algunas observaciones de úlceras duode-

nales en el recién nacido, presentando la perforación como complicación frecuente. El trabajo de C. Gottlieb, F. Clin y H. S. Sharlin sobre perforación de úlcera gástrica asociada a hemorragia intra-cranéana. Cinco casos de úlcera gástrica de Bianchi y S. Zanardi; de Morganti. Y en úlcera duodenal señalaremos los trabajos de J. W. Strayer; de J. I. Mossberger; de I. Neurograth; de E. V. Benbow; de W. Hunter y H. W. Drigerre; de H. E. Thelander y otro de H. E. Thelander y M. Mathes.

Concluimos: 1º) Que existe diversidad de los signos que en general desvían del verdadero diagnóstico predominando el vómito frecuente y la diarrea, no existe dolor en muchos casos y pocos o ningún signo físico. Al contrario de lo que ocurre en el niño de segunda infancia en adelante, en el que la melena y la hematemesis son frecuentes lo mismo que el dolor.

2º) Que teniendo en cuenta las estadísticas es más frecuente la úlcera duodenal que la gástrica.

3º) Que existe la asociación del proceso con otros de naturaleza y origen diverso.

4c) Que el examen radiográfico, como ocurrió en nuestro caso, es de extraordinaria importancia.

5c) Que la complicación más frecuente es la perforación que no se evidencia en el recién nacido y aún en el lactante por marcados signos clínicos como ocurre en la segunda infancia, como en el caso de Strayer, Thelander y Mathes.

6º) Que la naturaleza de la lesión no ha podido ser especificada a pesar del examen microscópico que en general ha puesto de manifiesto zonas de edema de la mucosa, erosión simple o conglomerados de glándulas de Brunner.

7º) Que salvo la complicación, perforación o hemorragia, el tratamiento médico es el que más conviene y da excelentes resultados. Debemos agregar en lo que se refiere a la hemorragia que Gross nunca tuvo que operar para dominarla y Pott dice haber operado una sola vez.

8º) Que la localización más frecuente es la pared posterior del duodeno y que para constatar la úlcera es necesario abrir el intestino.

9º) Que siendo tan frecuente su localización en la pared intestinal, convendría que el autopista que investiga con otro objeto,

investigara de ese punto de vista, teniendo en cuenta la dificultad que presenta esa localización para evidenciar la lesión.

10º) Que es interesante el estudio de la relación que estas lesiones diagnosticadas en el recién nacido y el lactante puedan tener con las constatadas en el adulto.

BIBLIOGRAFIA ULCUS GASTRODUODENAL. RECIEN NACIDO
1938 - 1951

- Perforation of gastric ulcer associated with intracranial hemorrhage. (C. Gottlieb, F. Chu y H. S. Sharlin). *Diology*, 54: 595-597, April, 1950.
- Gastric ulcers: 5 cases. (P. G. Bianchi y S. Zanardi). *Minerva Pediat.*, 1: 264-274, July, 1949.
- Perforated Bleeding duodenal ulcer: case (J. W. Strayer). *Univ. Hosp. Bull. Ann. Arbor*, 15: 61-62, Aug. 1949.
- Gastrointestinal hemorrhages (G. L. Halley). *Nourison*, 37: 217-226, Sept. 1949.
- Perforated duodenal ulcer and neoplasm of tuber cinereum (J. I. Mossberger). *J. Neurograph y Exper. Neurol.*, 6: 391-400, Oct. 1947.
- Gastric ulcer: possible etiologic significance of cerebral hemorrhage (F. Morganti). *Pediatric*, 48: 764-783, Nov. 40.
- Duodenal ulcer (E. V. Benbow). *North Carolina M. J.*, 3: 303-304, June, 1942.
- Duodenal ulceration. (W. Hunter y H. W. Dryerre). *Brit. M. J.*, 2: 15-16, July, 1939.
- Perforation of gastro-intestinal tract (H. E. Thelander). *Am. J. Dis Child*, 36: 371-393, Aug. 1939.
- Duodenal perforation treated surgically and with sulfanilamide. (H. E. Thelander y M. Mathes). *Am. J. Dis. Child.*, 57: 596-602, March, 1939.
- Gastro-intestinal hemorrhage. (L. Keezen). *Budapesti orvosi ujság*, 37: 341-344, April, 1939.
- Gastro-intestinal: 2 cases. (B. y S. Tassoratz). *Strasbourg méd.*, 98: 451-452, Nov. 1938.
- I Senshenier en *J.A.M.A.* Vol. 105, pág. 375, 1935.