

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS DE ESTOMAGO Y DUODENO, EN EL RECIEN NACIDO, LACTANTE Y EN EL NIÑO

D ARIA TERESA CABRERA ROCA

Las hemorragias digestivas debidas a lesiones que asientan en el estómago y el duodeno, se manifiestan con hematemesis y melena.

La magnitud de esta puede ser tal, que el enfermo ingrese por anemia aguda y sea esta la primera manifestación de su enfermedad.

La causa mas frecuente de hemorragia de este sector es la úlcera de duodeno confirmada, o sospechada por estar enmascarada por una gastroduodenitis. En nuestro trabajo presentado a las Sociedades de Cirugía y Pediatría en el año 1962, hacemos un estudio de la úlcera gástrica, con motivo de la presentación de un caso que ingresó con anemia aguda.

Las otras causas de hemorragia son muy raras: angiomas, várices esofágicas de la hipertension portal, ulcus de esófago secundario a una hernia del hiato esofágico.

Las hematemesis y melenas por lesiones de los órganos anexos al aparato digestivo, como la hemobilia traumática, la insuficiencia hepática en la hepatitis grave, merecen capítulos especiales.

Nos vamos a referir exclusivamente a las hemorragias que se traducen por hematemesis y melenas de origen gastroduodenal y, por tanto, pondremos especial énfasis en el estudio de su causa principal.

LA ULCERA DE ESTOMAGO O DUODENO

Historia

La úlcera gastroduodenal en el niño, aunque conocida anatómicamente a fines del siglo pasado, es recién en 1936 que comienzan los trabajos que la estudian del punto de vista clínico.

Nombre	Sexo	Edad	Lesión	Hemorragia	Quimismo gástrico	Año
M. B.	Fem.	3 años	Gastroduodenitis.	—	—	1958
S. I.	Fem.	13 "	Ulcus duodenal.	—	—	1959
J. O. S.	Masc.	8 "	Ulcus duodenal.	Hemorragia H. y M.	—	1959
L. A. V.	Masc.	13 "	Ulcus duodenal.	Hemorragia H. y M.	—	1959
M. G. U.	Fem.	15 "	Ulcus gástrico.	Hemorragia H. y M.	—	1959
G. F.	Fem.	4 "	Gastroduodenitis.	—	Hipoclorhidria.	1959
S. P.	Fem.	13 "	Ulcus duodenal.	Hemorragia H. y M.	Hipoclorhidria.	1959
A. S.	Fem.	4 "	Gastroduodenitis.	—	Hipoclorhidria.	1960
M. I. D.	Fem.	9 "	Ulcus duodenal.	—	Hipoclorhidria.	1960
J. A. M.	Masc.	10 "	Ulcus duodenal.	Hemorragia H. y M.	Hipoclorhidria.	1960
M. C. C.	Fem.	14 "	Gastroduodenitis.	Hemorragia Weber.	Hiperclorhidria.	1962
W. M. L.	Masc.	10 "	Ulcus duodenal.	Hemorragia H. y M.	—	1962
S. R. F.	Fem.	6 "	Gastroduodenitis	Hemorragia H. y M.	—	1962

Nombre	Sexo	Edad	Lesión	Hemorragia	Quimismo gástrico	Año
S. M. M.	Masc.	6	Úlcus duodenal.	Hemorragia H. y M.	Hipoclorhidria.	1962
M. C. S.	Fem.	8 "	Úlcus duodenal.	Hemorragia H. y M.	Hipoclorhidria.	1962
L. A. R.	Masc.	6 "	Úlcus gástrico.	Hemorragia H. y M.	Hipoclorhidria.	1962
R. S.	Fem.	12	Úlcus gástrico.	Hemorragia H. y M.		1962
A. H. P.	Masc.	9 "	Úlcus duodenal.	Hemorragia H. y M.		1962
P. G.	Masc.	15 "	Úlcus duodenal.	Hemorragia H. y M.		1963
L. M. G.	Masc.	8	Duodenitis.	Hemorragia H. y M.		1963
A. O. B.	Masc.	5	Gastroduodenal.	—		1963
D. J. J. M.	Masc.	3 "	Úlcus duodenal.	—		1963
M. G. M.	Masc.	6	Úlcus duodenal.	Hemorragia H. y M.		1963
R. M.	Masc.	6 "	Úlcus duodenal.	Hemorragia H. y M.		1963
J. J. G. S.	Masc.	13 "	Úlcus duodenal.	—		1963
A. D. B.	Masc.	5 "	Gastroduodenitis.			1964

En nuestro medio, en 1948 fue tratado el tema de úlcera péptica en el niño por Muñoz Monteavaro y luego aparece el completo estudio realizado por el Prof. Euclides Peluffo, presentado al III Congreso Panamericano y Sudamericano de Pediatría realizado en el año 1951, con el título de "Duodenitis y ulcus de duodeno en el niño".

Etiología

En la etiología de las úlceras gastroduodenales, duodenales o gastritis del niño, a pesar de ser algo confusa, se destaca netamente el stress. Este puede ser físico o psíquico.

Estudio según edades de la úlcera gastroduodenal en el niño

En el recién nacido, la etiología es sumamente confusa, pero puede deberse a causas de stress físico debido a sufrimientos fetales o noxas que actúan en la vida intrauterina.

En el lactante, sobre todo el prematuro, el stress es físico debido a enfermedades de carácter general, que determinan úlceras agudas típicas encontradas en las necropsias de los niños muertos por causas diversas: neumopatías, encefalitis, trastornos digesto-nutritivos, etc. En estos casos la hemorragia digestiva varía, va ligada a gastritis, duodenitis y a veces a úlceras sangrantes que presentan signos de actividad en las necropsias.

En el Centro de Recién Nacidos y Prematuros, hemos encontrado úlceras en una neumopatía grave que falleció habiendo tenido hematemesis y melena en el transcurso de su enfermedad.

El stress físico continúa su acción en la primera infancia, pero ya allí aparecen las causas psíquicas, como veremos en las estadísticas que presentamos, de la Policlínica Gastroenterológica del Instituto de Pediatría, creada por iniciativa del Prof. Euclides Peluffo en el año 1958 y actualmente a cargo de los Dres. Jorge Rodríguez Fernández, F. Forteza y J. Urtazun, y el material de las Clínicas Pediátricas y Quirúrgica Infantil del Hospital Pereira Rossell y el Servicio de Cirugía de Urgencia del Ministerio de Salud Pública, donde fueron internados los casos que ingresaron con anemia aguda.

Dentro de las causas físicas, una de las enfermedades más stressantes es la quemadura grave; todos saben que un quemado que tiene una hematemesis, es de pronóstico muy grave; tuvimos oportunidad de estudiarlo personalmente en el tiempo que estuvieron a nuestro cargo los quemados de la Clínica Quirúrgica Infantil.

Etiología. Úlceras gastroduodenales en el niño.	Recién nacido	{ Stress físico	{ Noxas intrauterinas. Prematurez. Enfermedades graves.
	Lactantes y primera infancia	{ Stress físico	{ Enfermedades graves. Quemaduras. Traumatismos.
	Segunda infancia y adolescencia	{ Stress físico	{ Enfermedades graves. Quemaduras. Traumatismos.
		{ Stress psíquico	{ Sobrecarga de estudios. Problemas familiares y ambientales. Pérdida de un familiar. Celos de un nuevo hermano.
Hematemesis y melena en el lactante y el niño	De origen gastroduodenal	{ Úlcus { Duodenal. Gástrico.	
		{ Exulceraciones de Dieulafoy. Gastroduodenitis.	
	Tumores gástricos	{ Benignos (angiomas). Malignos (raros).	
	Por lesiones de los órganos anexos	{ Úlcera esofágica en la hernia del hiato esofágico. Hemobilia traumática. Hematemesis y melena en la insuficiencia hepática (hepatitis grave). Várices esofágica (hipertensión portal).	

ÚLCERAS GASTRODUODENALES
CON HEMORRAGIA FRANCA

Nombre	Edad		
M. C. C.	14 años		Hemorragia (Weber).
V. M.	10 años		Hemorragia (Weber).
P. G.	15 años	Hematemesis y melena.	Importante.
S. P.	13 años	Hematemesis y melena.	Importante.
M. G. U.	15 años	Hematemesis y melena.	Importante.
S. M. M.	6 años	Hematemesis y melena.	Importante.
L. A. V.	13 años	Hematemesis y melena.	Mediana.
L. M. G.	8 años	Hematemesis y melena.	Mediana.
R. M.	6 años	Hematemesis y melena.	Mediana.
M. G. M.	6 años	Hematemesis y melena.	Importante.
J. G. M.	6 años	Hematemesis y melena.	Importante.
J. D. S.	8 años	Hematemesis y melena.	Importante.
A. H. P. S.	9 años	Hematemesis y melena.	Importante.

ÚLCERA GASTRODUODENAL
EN EL NIÑO (1958-65)

Por edades	Casos
3 años	3
4 años	2
5 años	1
6 años	4
8 años	4
9 años	2
10 años	2
13 años	4
15 años	2

En las series presentadas se discrimina por edades, por la calidad y cantidad de la hemorragia.

Ingresaron a Sala de Cirugía 6 casos, todos con hemorragia grave; del estudio de estas estadísticas, se deduce:

- a) que las hemorragias se presentan indiferentemente en el sexo femenino o masculino;
- b) que sangraron más abundantemente y tuvieron lesiones más claras los niños de segunda infancia y adolescencia, donde los problemas psíquicos son más importantes;
- c) que las edades oscilan entre 6 y 15 años, de los que sangraron notoriamente;
- d) que los ulcus bien seguidos con estudios psíquicos y tratamiento adecuado, mejoraron, pero puestos nuevamente en el medio ambiente adverso, algunos recidivaron. Pueden aparecer en edades posteriores frente a nuevos conflictos psíquicos, pudiendo sangrar en esas oportunidades.

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 stressantes físicas o psíquicas, el diagnóstico positivo se hace por la suma de dolor + dispepsia + hematemesis + melena + radiografía con informe de úlcera. Pueden faltar algunos elementos.

Exámenes complementarios

Radiografía, fundamentalmente intrahemorragica. Debe ser un radiólogo con experiencia en niños; en nuestro caso, el Dr. Soto y sus colaboradores.

La gastritis y duodenitis puede enmascarar la úlcera.

El quimismo gástrico, estudiado por el Dr. Peluffo y sus colaboradores, da valores más bajos que en el adulto y es frecuente la hipoclorhidria.

El resto de los exámenes son de rutina. Una vez pasado el período agudo, es importante la reacción de Weber para saber si dejó de sangrar la úlcera.

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. En nuestro caso nos interesa el accidente agudo: la hemorragia.

Frente a la pequeña hemorragia, sólo detectada por la reacción de Weber, en las materias fecales, el tratamiento médico de la úlcera es todo.

Tratamiento

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

Frente a la gran hemorragia se le administrará:

- a) Transfusión de sangre fresca, si es posible.
- b) Reposo gástrico.
- c) Coagulantes.

En el niño es mejor darle los antiácidos por cucharaditas que en un gotero permanente, ya que debido a su sensibilidad especial, aun esto puede producirle una hemorragia.

Tratamiento quirúrgico

Sólo queda reservado a los casos extremos de hemorragia incoercible. La vigilancia quirúrgica es fundamental; la lesión en sí, bien tratada, retrocede con el tratamiento médico. La presencia de hemorragias incoercibles, perforaciones, justifican una sanción quirúrgica.

Benson, en su "Pediatric Surgery", Vol. 2, así como Alexander Livaditis en Vol. 118-16-21-59, 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.

En resumen: se estudiaron las hemorragias de origen gastroduodenal.

- a) Las gastroduodenitis y las úlceras son las causas fundamentales de hemorragia gástrica o duodenal.
- b) Las úlceras más frecuentes son las duodenales. En 26 hemorragias hay 23 úlceras duodenales y 3 úlceras gástricas.
- c) La etiología es el stress psíquico o físico.

- d) La úlcera de duodeno que sangra es fundamentalmente aguda.
- e) La terapéutica médica, asociada a la psíquica, cura la úlcera en su mayoría, pero puede pasar a la edad adulta si se presentan los factores que le dieron origen.
- f) La cirugía queda reservada para los casos de hemorragia incoercible.

RESEÑA BIBLIOGRAFICA

- BENSON, C. D.—“Pediatric Surgery”, 9 675-77; 1962.
- GROSS, R. E.—“The surgery of Infancy and Childhood”, 10-146; 1953.
- LIVADITIS, A. Peptic Ulcer in Childhood. Gastrectomy on a 8 Year Old Boy. “Act. Chir. Scandinav.”, 16: 21, 118; 1959.
- PELUFFO, E.; BAZZANO, H. y col.—Duodenitis y úlcera duodenal en el niño. “Congreso Panamericano-Sudamericano de Pediatría”, 186 212: Montevideo, 1951.
- MUÑOZ MONTEAVARO, C. —Úlcera péptica crónica en el niño. “Anales Ped. Urug.”, 19-450; 1948.
- SVENSON, O.—“Cirugía Pediátrica”, 296; 1958.

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EN EL NIÑO

Intestino delgado

Dr. CESAR H. ARRUTI

CONCEPTOS GENERALES

En la presente comunicación, nos referiremos a aquellas hemorragias del niño cuya causa asienta en el intestino delgado; comprendiendo tal la porción del tubo digestivo desde el ángulo duodenoyeyunal hasta la válvula ileocecal. La exclusión del duodeno obedece a la vinculación patológica, clínica y terapéutica con el estómago, quedando pues a cargo de otro comunicante.

Analizamos situaciones que tienen lesiones identificables en este sector, limitadas, concretas, que pueden beneficiar del tratamiento quirúrgico; sin ocuparnos de las hemorragias que pueden tener origen en el intestino delgado, como en cualquier parte del tubo digestivo, por obedecer a causas generales, como son los disturbios de la crisis sanguínea; capítulo éste de gran trascendencia, pero que escapa a nuestra competencia en la conducción del diagnóstico.

Finalmente otra precisión: entendemos como hemorragias del intestino delgado, las producidas por lesiones que asientan en este órgano y no las exteriorizadas a través de él, con origen en otro lugar.

IMPORTANCIA DEL TEMA

Radica en la frecuencia en la consulta por la expulsión de sangre que, si bien no es alarmante por su intensidad, provoca en los padres o familiares del paciente una lógica ansiedad. Compete al médico calmar esa ansiedad, sabiendo que la mayoría de las veces se trata de lesiones benignas.

NOCIONES ESTADISTICAS

Razones ajenas a nosotros han impedido aportar datos concisos nacionales sobre la frecuencia de las diversas causas de

hemorragia; pero las cifras tomadas de grandes centros son coincidentes con la idea que nos crea la práctica.

Exponemos las cifras de tres centros:

1º) Hospital Bretonneaux. S. L. Ducourtioux: 130 casos.

Invaginación intestinal	35%
Pólipo	30%
Rectitis	8%
Trastornos de la crisis	6%
Divertículo de Meckel	3%
Desconocidos	12%

2º) Children's Memorial Hospital (Chicago). Thomas G. Baffes, Willis Potts: 228 casos.

Invaginación intestinal	26,3%
Enterocolitis	14,9%
Fisura anal	11,0%
Divertículo de Meckel	10,1%
Pólipo intestinal	7,0%
Rectitis	4,8%
Prolapso	3,1%
Colitis ulcerosa	2,6%
Fístula	2,2%
Úlcera duodenal	1,3%
Síndrome de Banti	1,3%
Hemorroides	0,9%
Atresia biliar	0,4%
Cirrosis hepática	0,4%
Desgarro anal	0,4%
Síndrome hemorrágico del R. N.	0,4%
Desconocidos	11,9%

3º) Children's Hospital (Boston). Robert Gross: 65 casos

Pólipo intestinal benigno	15,0%
Síndrome hemorrágico del R. N.	15,0%
Fisura, rectitis, etc.	9,0%
Gastritis, enteritis	8,0%
Colitis ulcerosa	6,0%
Trastornos de la crisis	6,0%
Divertículo de Meckel	5,0%
Pólipo maligno	1,5%
Úlcera duodenal	1,5%
Duplicación	1,5%
Invaginación intestinal	1,5%
Desconocidos	28,0%

En estas cifras refiere Gross los niños ingresados, no los de consulta externa y con diagnóstico primario de hemorragia con causa a investigar. Esta manera de seleccionar los enfermos es una de las causas que veamos cifras aparentemente dispares. Pero ateniéndonos al global de las hemorragias digestivas, se destaca que la tercera parte son causadas por invaginación intestinal, siguiendo en orden decreciente de frecuencia los pólipos, las enterocolitis y el divertículo de Meckel.

Llamamos la atención sobre el alto porcentaje colocado como causa desconocida.

DIAGNOSTICO

Las hemorragias producidas en los extremos del tubo digestivo son más fáciles de reconocer a medida que se acercan a ellos, en parte porque sus manifestaciones clínicas son más evidentes, en parte porque la lesión es más fácil de explorar por medios instrumentales o radiológicos. El sector del intestino delgado presenta mayores problemas porque los síntomas acompañantes pueden ser discretos y porque los medios paraclínicos son poco concluyentes.

En las afecciones del sector del delgado, el síntoma es la emisión de sangre por el ano. Raramente ocurren situaciones de intensidad tal en el sangrado, que existe una hematemesis.

La emisión sangrante ofrece todos los grados, desde las pérdidas ocultas que revela el laboratorio en pacientes que se estudian por anemias crónicas; ya deposiciones sanguinolentas o mucosanguinolentas que constituyen un síntoma más adentro de un cuadro clínico con otros de mayor relieve; ya las deposiciones negras alquitranadas de una melena bien caracterizada; hasta la exteriorización de sangre roja, rutilante, líquida o en cuábulos, con o sin materias, que por su intensidad o reiteración pasa al primer plano de la consideración en el diagnóstico o en el tratamiento.

Las diversas causas patológicas pueden agruparse en el planteamiento diagnóstico de acuerdo a cuatro categorías bien definidas:

1º) Aquellas situaciones en que el *diagnóstico es obvio*. Bastan los elementos clínicos para afirmarlo. Tal sucede en:

- hernia estrangulada;
- gastroenteritis;
- ciertas circunstancias especiales.

2º) Aquellas situaciones en que hay un *razonable grado de seguridad*. Los exámenes paraclínicos, especialmente radiológicos, confirman el diagnóstico:

- invaginación intestinal;
- vólvulo;
- pólipo;
- duplicación;
- parásitos.

3º) Aquellas situaciones en que es *imposible tener seguridad*. La laparotomía es necesaria:

- divertículo de Meckel;
- angiomas;
- tumores;
- infarto del mesenterio.

4º) Aquellas situaciones en que es *imposible hacer el diagnóstico*. La causa permanece ignorada. Ya lo destacamos al mostrar estadísticas de grandes centros, situando los porcentajes del 12 al 28%; cifras por demás llamativas, teniendo en cuenta que se han realizado exámenes complementarios exhaustivos, incluso algunos con laparotomías. Muchas han sido hemorragias importantes, a veces reiteradas. La mayoría ha hecho con el tiempo la prueba etiológica en su evolución; otros curan sin revelar jamás su misterio.

Analizaremos las situaciones antes planteadas.

1º) *El diagnóstico es obvio*

a) *Hernia estrangulada*.—Ocurre en el lactante, raramente en el niño mayor. La frecuencia es diversamente apreciada, según el criterio con que se aplica el término estrangulación. El episodio de irreductibilidad dolorosa sucede con extraordinaria frecuencia, siendo según Potts y Riker del orden del 68% de todas las hernias del lactante. Pero estos episodios tan frecuentes no suponen estrangulación y debemos entender por tal, cuando el obstáculo al reingreso del contenido herniario hacia el abdomen provoca dificultades en la irrigación del contenido, que se traduce por cianosis, edema, equimosis y finalmente necrosis. Llegar a esto no es lo frecuente, porque lo ostensible del cuadro lleva a los padres a la consulta precoz. Irremedia-

blemente con la evolución, estas hernias encarceladas del lactante irán a la estrangulación en plazos cortos.

El tratamiento incruento resuelve la mayoría de las situaciones; la minoría se opera y de ellas solamente la mitad —según Clatworthy— revelan trastornos en la irrigación. Algunos pocos casos se presentan como muy violentos de entrada y dan signos intestinales de oclusión, hemorragias precoces o gran repercusión sobre el contenido escrotal. Esta hemorragia no ofrece riesgos en cuanto a intensidad, traduce la interferencia en la irrigación intestinal, no presuponiendo necrosis. Del punto de vista diagnóstico, integra un cuadro con signos de más relieve, como es la tumefacción herniaria irreductible y dolorosa; en cambio, obliga a la inmediata solución quirúrgica de la situación. Tal fue el caso de:

Carlos G., de 5 meses de edad, que ingresó a las 18 horas de comenzado un episodio de irreductibilidad, primero que le ocurría. La hernia había sido notada desde un mes antes. Se comienza el tratamiento médico de sedación y posición de Trendelenburg. Tiene entonces una melena de mediana intensidad. No se habían realizado maniobras de taxis. Se decide la inmediata intervención donde se comprueba un intestino congestivo, pero viable. El postoperatorio fue sin incidentes.

Cuando la hemorragia sucede, en cambio, en el postoperatorio, por pequeña que sea trae una nota de inquietud. Es siempre precoz, dentro de las 48 horas. Su cantidad es escasa. Se origina en los capilares, cuya rotura es debida a la estrangulación en sí, o al brusco aflujo de sangre al suprimir el obstáculo. El pronóstico es siempre favorable y no necesitan cuidados especiales.

b) *Gastroenteritis*.—Este grupo lo constituyen afecciones de etiología muy variada.

En las habituales enterocolitis del verano, la emisión de sangre por el ano es un signo accesorio, intrascendente, en un cuadro donde predominan la diarrea, el vómito, la fiebre, los dolores abdominales, junto al deterioro del estado general. Asume en general la forma de gleras mucosanguinolentas, raramente abundantes y su poca jerarquía clínica se marca con el ingreso a la signología con que los pediatras le marcan en las historias de sus pacientes.

Pero en este grupo de infecciones intestinales se destaca con precisión la fiebre tifoidea, que puede tener a la hemorragia como temible complicación y crea cuadros tan dramáticos como el siguiente:

Otatio H., de 12 años, procedente del Cerro, que en la cuarta semana del curso de una fiebre tifoidea, tiene un cuadro agudo de vientre, caracterizado

por dolor brusco en la fosa iliaca derecha, rápidamente irradiado al resto del abdomen y colapso periférico. Se interviene con anestesia local, haciéndose la sutura de tres perforaciones ileales y dejándose drenaje peritoneal. Al tercer día del postoperatorio tiene una melena importante y obliga a la reposición por transfusión de sangre. Repite las hemorragias los días 6º, 7º, 11º, 13º, 21º y 23º. Son siempre importantes y obligan a transfusiones de medio a dos litros para equilibrarle. Finalmente, a los 38 días tiene una hematemesis. El paciente se recupera lentamente y termina por curar.

La fiebre tifoidea, si bien ha disminuido su frecuencia, no ha desaparecido y periódicamente aparecen focos epidémicos. La última observación de hemorragia importante la hicimos en 1962.

Las lesiones del tubo digestivo son las más destacadas, y las intestinales las específicas, las que dan el sello a la afección. Dentro del intestino, las más frecuentes y acentuadas ocurren en el delgado, sobre todo terminal, tanto mayores cuanto más se acercan al ciego.

Esencialmente se toman las placas de Peyer y los folículos linfáticos.

Las lesiones evolucionan esquemáticamente en tres etapas anatómicas:

- 1) de infiltración, con tumefacción y rubor; sucede en general del 4º al 7º día;
- 2) de ulceración. Aparece una necrosis central que se elimina dejando una vasta úlcera, a veces confluyente con otras. Generalmente sucede entre el 15º y 20º día. Raros son los casos de ulceraciones y aun perforaciones precoces (8º día);
- 3) de reparación, por tejido de granulación que tiene dos características: nunca estrecha la luz y se pigmenta en negro.

En ese segundo período, al producirse la úlcera, es cuando aparece la hemorragia; ha quedado abierto un vaso que sangra. Por esta razón el momento de aparición de la gran hemorragia es entre los quince y los veinte días, como sucedió en el caso citado. Pueden aparecer en un período más tardío; son producidas en el tejido de granulación que sangra; su gravedad es menor. Por último, la hemorragia puede presentarse precozmente. Es mucho menos frecuente y se le ve aislada, debiéndose a la simple hiperemia intestinal; o acompañada de hemorragias generalizadas —fiebre pútrida hemorrágica de los anti-guos—, originándose por un síndrome hemorragiparo tóxico

con hipoprotrombinemia, o plaquetopenia y fragilidad vascular aumentada. Tampoco en ella se observa la intensidad de la hemorragia del segundo período.

Hemorragia y perforación son las dos grandes complicaciones de la fiebre tifoidea en que el cirujano es llamado a intervenir. Y por ser complicaciones, se deben buscar los síntomas de alarma que nos hagan pensar en su posibilidad. Se debe temer a la distensión intestinal, siempre presente, cuando se acentúa; a la diarrea excesiva o al estreñimiento rebelde. Los signos premonitores pueden escapar al clínico, por no ser tan ostensibles: el aumento de la presión arterial y la desaparición del dicrotismo del pulso. Por fin, es raro ver sangrar las formas leves, más frecuentes las severas y casi seguro cuando ha habido ulceración del velo del paladar.

El grado o intensidad del sangrado es variable. El gran riesgo es la reiteración, como lo vimos en el ejemplo referido.

La conducta debe ser el reemplazo de la sangre perdida en cantidades adecuadas. Como hemorragia en sí, observando este precepto, es muy raro el desenlace fatal; siempre terminan por curar.

c) *Ciertas circunstancias especiales*, que pueden crear dificultades en otro sentido que el diagnóstico de sitio de sangrado, como en el caso que pasamos a referir:

María Beatriz F., de 10 años de edad, es intervenida por una apendicitis iniciada tres días antes. Se encuentra un ciego alto, una apendicitis retrocecal, con periapendicitis plástica marcada. La intervención es dificultosa, resolviéndose por apéndice tomía retrógrada subserosa. Al tercer día tiene una melena de mediana intensidad y al séptimo se fistuliza. La fístula perdura y a los veintidós días se nota hemorragia por la fístula y por el ano. Explorando la herida se encuentra un cuerpo extraño. A pesar de su extracción, las melenas y las hemorragias por la fístula continúan necesitando repetidas transfusiones. A los treinta y siete días, en vista de la persistencia de la hemorragia, se realiza una reintervención. Se encuentra una distensión del delgado terminal, con evidentes lesiones inflamatorias, en medio de una peritonitis plástica localizada. Por las dificultades locales, se resuelve la situación por una ileotransversostomía, excluyendo el íleon terminal y el colon derecho. Rejite la melena y se fistuliza al sexto día. Pero esta vez todo cede prontamente, permitiendo realizar, unos meses después, la extracción del asa excluida, con curación final.

En esta observación no era difícil saber de dónde provenía la hemorragia, el problema era la terapéutica. No es frecuente que una ileítis inespecífica se muestre tan tenaz en sus manifestaciones inflamatorias, que obligue a la resección del asa para obtener la curación.

2º) Hay un razonable grado de seguridad

a) *Invaginación intestinal.*— Parecería ocioso referirse a algo tan común como los síntomas de la invaginación intestinal, desde muy antiguo bien establecidos; pero el error por desconocer una afección tan frecuente y grave, sucede desgraciadamente en estos días, como lo muestra la siguiente observación:

Rafaela P., de 4 meses de edad. Cuatro días antes del ingreso consulta médico por estado catarral respiratorio, recibiendo la medicación correspondiente. Al día siguiente tiene vómitos de alimentos y llanto con exacerbaciones periódicas. Al otro día aparece fiebre, continúan los vómitos y el llanto con iguales características. Como estaba estreñida se le coloca un supositorio de glicerina y se obtiene una deposición sanguinolenta. El médico piensa en un traumatismo por su supositorio; pero el día antes del ingreso repite la enterorragia y se agrega distensión abdominal. El enema opaco ratifica la invaginación. Es intervenida y se encuentra una invaginación a comienzo ileoileal, que es posible desinvaginar. El intestino era viable. Curación.

La hemorragia acompañante de la invaginación es de cantidad variable, desde las estrías sanguinolentas hasta la sangre roja, casi pura, que ha hecho describir formas predominantemente hemorrágicas, que son la excepción. Lo habitual es la deposición mucosanguinolenta dicha de "jalea de grosellas" que se exterioriza espontáneamente o en ocasión del examen rectal. Puede estar precedida por la evacuación de materias normales, contenido distal al asa invaginada.

El mecanismo es la estrangulación del asa invaginada y la cuña mesentérica, que crea congestión venosa primero, con hipersecreción mucosa concomitante y finalmente interferencia al flujo arterial con necrosis.

Es corriente leer que es un signo precoz, ya que aparece en horas después o en los primeros días de iniciado el cuadro. En este sentido sí sería un síntoma precoz, pero frente a las invaginaciones debemos pensar en ritmo horario y no diario. De este modo no es precoz, ya que le preceden síntomas o signos de presunción o de seguridad para el diagnóstico. Es más, el ideal diagnóstico es anterior a la enterorragia. Entre esos síntomas se destacan fundamentalmente el dolor cólico, junto a los vómitos o a la palpación de la masa abdominal del "boudin", o a la fosa iliaca derecha vacía. La claridad del establecimiento de ellos debe ser lo suficientemente evocadora y no desperdiciar la ocasión de un diagnóstico realmente precoz, sobre todo que, el valioso auxiliar que es la radiología en estos casos, ratifica sin dudas casi todas las oportunidades.

b) *Vólvulo*.—Tampoco en las torsiones intestinales es la hemorragia un síntoma precoz. Sin importar su cantidad, la hemorragia significa trastorno en la irrigación intestinal; es pues tardía y de pronóstico sombrío.

Dejamos de lado las torsiones postoperatorias, sobre bridas, que se traducen con un definido cuadro oclusivo, siendo en general resueltas en este período y antes del infarto intestinal.

Veremos, en camino, una afección de origen congénito donde el vólvulo es frecuente: los defectos de acolamiento del mesenterio con rotación anómala o incompleta del asa vitelina.

Su interés radica en su relativa frecuencia y en la posibilidad de reconocerla y tratarla precozmente con grandes probabilidades de éxito.

En la forma habitual del defecto de rotación intestinal, existen dos hechos anatómicos de gran valor patológico y diagnóstico: la brida preduodenal descrita por Ladd y la falta de inserción del mesenterio. La primera es una formación extendida entre el colon ciego, que ha detenido su posición cercana a la línea media por encima de la arteria mesentérica superior, y el peritoneo parietal del cuadrante superior derecho. Cruza por delante del duodeno, le comprime y crea una oclusión intestinal a ese nivel. Si bien esta situación no nos interesa momentáneamente del punto de vista patológico, da para el diagnóstico signos de extraordinario valor.

El segundo hecho es la falta de inserción del mesenterio, que normalmente va desde la zona del ángulo duodenoeyunal hasta las inmediaciones del ciego. En estos casos la zona de inserción es estrecha, sobre la mesentérica, favoreciendo la torsión de todo el delgado.

Ambos elementos concurren en el establecimiento de una oclusión alta, a vientre plano. El niño se presenta como un vomitador y dentro de este grupo es que se elabora el diagnóstico. La mitad comienzan a vomitar en la primera semana de vida; el resto se manifiesta durante la niñez, más frecuentemente durante el primer año: llegando muy pocos a la edad adulta libre de síntomas.

En los niños mayores que nos ha tocado asistir, el vólvulo era de menor jerarquía, siendo fundamentalmente oclusiones duodenales por brida. En el lactante, en cambio, hemos visto el vólvulo como el primer elemento del cuadro y lo suficientemente apretado como para ocasionar interferencia en la irrigación del intestino. Así ocurrió en esta niña:

Trisis C., de 1 mes de edad, nació de parto con fórceps, que presentó vómitos biliosos intensos desde el nacimiento, necesitando reposiciones por vía parenteral. Se consigue una mejoría, aunque no en desaparición de los sín-

tomas hasta diez días antes del ingreso, en que vomita nuevamente en forma profusa. Ha sido, desde la edad de 6 días, estreñida, teniendo una deposición dificultosa verde oscura diaria. En los dos días antes del ingreso aparece sangre oscura por el ano. La deshidratación era marcada, el abdomen de relieve normal. En las radiografías simples se aprecia la distensión de la cámara gástrica y la presencia de aire en el duodeno, hasta cerca del ángulo duodeno-yeyunal, siendo el vientre en el resto opaco. El colon por enema muestra la posición del ciego con rotación incompleta, sugiriendo la torsión alrededor del mesenterio. En la intervención se encuentra un vólvulo con tres vueltas completas del delgado, que está congestivo, pero viable. Se corrige la torsión se destruye la brida preduodenal. A la semana del postoperatorio, cuando parecía recuperarse (pesó antes de la operación, 2.900 g.; a la semana, 3.100 g.); muere luego de una diarrea.

De acuerdo al ejemplo presentado, resalta el valor del estudio radiológico, que afirma un diagnóstico sospechado por la clínica. En los estudios simples, en posición erecta, hay signos de oclusión duodenal: vientre opaco con dos burbujas altas: una a izquierda de la cámara gástrica, otra a derecha del duodeno. El contraste baritado del colon da el sello de la malformación al demostrar la posición anómala del ciego.

El tratamiento es siempre quirúrgico y tiende a corregir los elementos de oclusión: devolvulación, supresión de la brida; teniendo el cuidado de reintegrar las vísceras a la posición que deben ocupar según su desarrollo anómalo y no a la posición que les concede la anatomía normal. Esto es, que debe de quedar todo el delgado a derecha de la arteria mesentérica superior y todo el colon a su izquierda. Cuando el vólvulo compromete la vitalidad del intestino, ha superado todos los recursos, ya que significa la totalidad del intestino delgado.

El pronóstico dependerá, naturalmente, del momento en que las lesiones son tratadas, ensombreciéndose, como en el caso presentado, por el establecimiento de una distrofia grave, que coloca al niño en pobres condiciones para soportar enfermedades intercurrentes.

c) *Pólipo*.— Su frecuencia en el delgado es infinitamente inferior a la colónica, por lo que serán referidos por otro comunicante.

Por otro lado, no es la hemorragia intestinal su modo habitual de traducción clínica, siéndolo más frecuente a través de una invaginación.

d) *Duplicación*.— Se describe como fuente de hemorragia en todos los tratados. En nuestro medio conocemos sólo dos ob-

servaciones (del Dr. Anavitarte), no habiendo en ninguna emisión de sangre por el intestino; su presentación fue como tumores abdominales

e) *Parasitosis*.— También es referida en los tratados. De acuerdo con la opinión de parasitólogos, la única capaz de provocarlo en nuestro medio es la amebiasis, no habiéndose registrado observaciones en la niñez.

3 *Es imposible tener seguridad*

a) *Divertículo de Meckel*.— La hemorragia no es el síntoma mas comun. Para Brayton y Norris, el 43,5 de todos los divertículos de Meckel hacen su traducción clínica por la hemorragia; en 149 casos de Gross, sangran masivamente el 33%, de los cuales la gran mayoría (el 80%) son menores de dos años. En nuestro medio, F. Rosa y S. Piovano reúnen hasta 1962, 36 observaciones de todas las edades, de las que 23 son menores de 15 años y solamente 2 se tradujeron por hemorragia (5,5% del total, 8,6% de los niños). Las edades eran de 4½ meses y 8 meses.

La hemorragia se exterioriza por el ano, con suma rareza existe hematemesis. Aparece de manera súbita, inesperada, sin síntomas premonitores, de intensidad variable, negra o roja, mezclada o no con materias. Puede o no acompañarse de dolores, siempre discretos, manifiestos tanto por el llanto como por el examen. Es decir, que el cuadro se reduce a una importante pérdida sanguínea, mientras ocurren otros síntomas de menor relieve, salvo los que traducen la cantidad de sangre perdida.

La causa es la ulceración del divertículo en la base, el cuello o en el pedículo, por la presencia de tejido heterotópico pancreático, duodenal o más frecuentemente gástrico, que por sus secreciones con poder digestivo, ocasionan una úlcera péptica.

Una vez aparecida, la hemorragia tiene tendencia a la recidiva, como en esta observación:

R. S., de 4½ meses de edad, que había expulsado por el ano, tres días antes del ingreso, sangre oscura coagulada, sin dolores, en cantidad tal que le llevan a una anemia de G. R. 2.350.000 con 52% de Hb. Al quinto día repite una abundante enterorragia, por lo que es intervenido. Se encuentra un divertículo ulcerado. Cura mediante diverticulectomía.

En la otra observación ocurrió una hemorragia leve durante un mes, hasta que sucede un episodio mayor que obliga a la intervención.

El tratamiento es, fuera de las medidas de mantenimiento de la volemia, la extirpación quirúrgica del divertículo, cuidando bien de comprender en ella la base de implantación con generosidad, porque la úlcera puede estar en este lugar. La curación siempre es definitiva.

b) *Angiomas*.— Constituyen otra rareza clínica. Pueden asociarse a angiomas cutáneos, lo que facilita el diagnóstico etiológico, aunque no el topográfico; pero esta circunstancia ha sido publicada solamente diecinueve veces hasta la recopilación de Pruzanski en 1963. En algunas oportunidades las lesiones son difusas del duodeno al colon.

La manifestación de la localización intestinal puede ser una anemia hipocrómica por hemorragias ocultas, o un sangrado ostensible, aunque nunca alarmante. Plantean todas las dificultades previsibles en el diagnóstico topográfico y asimismo en la solución terapéutica.

Actualmente se estudia en el Hospital Pedro Visca, un niño de 14 meses de edad con un síndrome de Klippel-Trennonay, con deposiciones escasas de sangre oscura y anemia hipocrómica, que plantea la posibilidad a confirmarse de angiomas intestinales.

c) *Tumores*.— Los tumores primitivos del intestino delgado son de muy escasa incidencia. El que nos ha tocado tratar, reticulosarcoma, se manifestó por dolor y tumor, no por hemorragia.

d) *Trombosis mesentérica*.— Es otra rareza en el niño. Existe una causa predisponente, como en la observación que sigue:

Ramón S., de 9 años de edad, en tratamiento por una estrechez mitral. Inicia un cuadro agudo de vientre, con violentos dolores en la zona mediana del abdomen y melenas intensas. Con síntomas de anemia aguda se inicia una transfusión de sangre y muere rápidamente. En la necropsia se comprobó una trombosis de la mesentérica superior.

CONCLUSIONES

Hemos pasado revista a diversas lesiones que provocan hemorragia en el sector del intestino delgado, expresándose clínicamente por la emisión de sangre por el ano. Este signo, muy frecuente en el niño, referido al sector que nos ocupa, no reviste la gravedad apreciada en el adulto. En la referencia de Brief y

Bostford, la mitad de los adultos estudiados por hemorragias del intestino delgado. padecían lesiones tumorales malignas. En el niño, lo hemos visto, las lesiones son benignas. Pueden llegar a ser inquietantes, por la cantidad de sangre perdida, como en las hemorragias del divertículo de Meckel y de la fiebre tifoidea, pero son siempre curables.

Finalmente, no figuran las lesiones del intestino delgado entre las que terminan fatalmente a través de una hemorragia. En la serie de Brayton, de 428 casos, se produjeron 17 muertes: 11 por discrasia, 6 por várices esofágicas.

BIBLIOGRAFIA

1. ALWAY, R. H. — Gross bleeding from the Alimentary Tract in Infants and Children. "An. Surgeon", 20: 216; 1954.
2. ANAVITARTE, E. — Algunos aspectos de la patología del divertículo de Meckel. "An. Fac. Med. Montevideo", 34: 125; 1949.
3. APT, L. and DOWNEY, W. S. — Melena neonatorum: the swallowed blood syndrome. "J. Pediatric", 46: 6; 1955.
4. BENSON, C. D. and col. — "Pediatric Surgery". Year Book Medical Publishers, 1962.
5. BRAYTON, D. and NORRIS, W. J. — Gastrointestinal hemorrhage in infancy and childhood. "J. A. M. A.", 150: 668; 1950.
6. BRIEF, D. K. and BOSTFORD, T. W. — Primary bleeding from the small intestine in adults. "J. A. M. A.", 184: 18; 1963.
7. CLATWORTHY, H. W. and THOMPSON, A. G. — Incarcerated and strangulated inguinal hernia in infants. "J. A. M. A.", 154: 123; 1954.
8. COWET, M. P. — Rectal bleeding. "Rev. Gastroenterol.", 20: 394; 1953.
9. DUCOURTIOUX, S. L. — Les émissions sanglantes par l'anús chez le nourrisson et l'enfant. "La Revue du Praticien", 31: 3459; 1956.
10. FEVRE, M. — "Chirurgie Infantile d'Urgence". Ed. Masson, 1958.
11. GROSS, R. — "The Surgery of Infancy and Childhood". Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1953.
12. HARVIER, P. — Hémorragie intestinale. "La Revue du Praticien", 31: 3399; 1956.
13. HOFFERT, P. W. and HURWITT, E. S. — The significance of rectal bleeding. "The Surg. Clin. of N.A.", 35: 1221; 1955.
14. JUVARA, M. M. et RADULESCO, D. — Diagnostique clinique et opératoire de quelques hémorragies intestinales. "Arch. des Maladies de l'Appareil Digestive et de la Nutrition", 52: 969; 1963.
15. KIESSEWETTER, W. B.; CALCENO, R. and KOOP, C. E. — Rectal bleeding in infancy and childhood. "J. Pediat.", 47: 66; 1955.
16. KOOP, C. E. — Rectal bleeding in infants and children. "Pediat. Clin. of N.A.", 1: 207; 1956.

17. LAMBLING, A. et BONFILLS, S. Répartition étiologique des Hémmorragies Digestives. "La Revue du Praticien", 31: 3403; 1956.
18. LARGHERO YBARZ, P.—Hemorragias graves del traecto digestivo superior. "An. Fac. Med. Montevideo", marzo 1960.
19. LEMIERE, A. et col.—"Traité de Médecine". Ed. Masson, 1948.
20. POTTS, W. J.—"La cirugía en el niño". Ed. Bernades, 1960.
21. PRUZANSKI, W.—Intestinal and contaneous hemangiomas. "The American Journal of Digestiv Disease", 8: 200; 1963.
22. ROSA, F. y PIOVANO DE LISTA, S.—Patología del divertículo de Meckel y anatomía patológica. "XVI Jornadas Rioplatenses de Pediatría", 1962.
23. ROZENFELD, I. H. and MCGRATH, J. R.—Meleua in newborn infant. "J. Pediat.", 40: 180; 1952.
24. TURELL, R.—Pediatrie proctology. Review with comment. "Am. J. Dis. of Child.", 79: 510; 1955.
25. TURELL, R.—"Disease of the Colon and Anorectum". W. B. Saunders Company, 1959.
26. YANNICELLI, R.—"Invaginación intestinal aguda en el lactante". XIV Curso de perfeccionamiento de Pediatría. Montevideo, 1945.
27. YANNICELLI, R.—"Invaginación aguda ileoileal en el niño". XXI Curso de perfeccionamiento de Pediatría. Montevideo. 1950.
28. YOUNG, J. M. and HOWORTH, M. B. Massive hemorrhage in diverticulis. "Ann. Surg.", 140: 128; 1954.