

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL NIÑO

Discusión

Dr. FOLCO ROSA.—Pregunta del Dr. Valls: ¿qué repercusión tiene sobre el desarrollo del niño, el efectuar una anastomosis portocava o esplenorrenal? Bien, en nuestro medio las que hemos podido encontrar son anastomosis esplenorrenales: una con seis años de evolución y otra con dos años de evolución. En ambas, parece que no hubo absolutamente ninguna incidencia en el desarrollo psicofísico del niño, y prácticamente han seguido una evolución natural. En otros medios las publicaciones son de más larga data, y en ninguna consta que hubiera desarreglo en el desarrollo ulterior a la operación. Incluso, anastomosis portocavas terminotermiales, con ligadura de la vena cava inferior, no han dado ni siquiera los trastornos presumibles que podían haber dado las ligaduras de la vena cava inferior. Desde luego que, volvemos a insistir, la experiencia nuestra es muy corta, pero la evolución de los enfermos, en una por lo menos, ha sido lo suficientemente larga como para probar que no ha tenido repercusión sobre el desarrollo del niño.

Segunda pregunta del Dr. Valls: ¿qué relación o qué consecuencias tiene, en el crecimiento del niño, cuando se plantea la resección esofagogástrica, en el tratamiento de la esofagitis baja? En nuestro medio no tenemos ninguna experiencia, pero de lo que hemos visto de la literatura de otros países, evidentemente tampoco parece tener ninguna relación en cuanto a ser perjudicial para el desarrollo del niño.

Dr. WALTER TAIBO.—Tenemos ahora otras dos preguntas del Dr. Valls, que las vamos a pasar al Dr. César Arruti para que las responda.

Dr. CESAR ARRUTI.—De las preguntas que nos envía el Dr. Valls, dice una: ¿qué pasó con los niños con hemorragia de causa desconocida, en su evolución? Y aquí quiero hacer una precisión: en primer lugar, y lo dije al comienzo, yo no había aportado datos nacionales; en segundo lugar, todos hemos tratado, sin anotarlo, niños que han tenido hemorragias, su causa no fue demostrada, pero no tenemos experiencia en laparotomía hecha como investigación. Y sabe bien el Dr. Valls lo difícil que es, en nuestro medio, después que un paciente se va de alta del medio hospitalario, hacerlo controlar o venir, y muchas veces esa observación se pierde. Quiere decir que con lo que nosotros tenemos de experiencia, no le podemos aclarar su pregunta. Desgraciadamente no traje los datos que había hecho de esa cita bibliográfica,

de 428 hemorragias digestivas en el niño, de Brighton, en las cuales había un número importante de causa desconocida. Le puedo decir que la mayor parte de ellos, en el curso de los años, mostraron cuál era la causa etiológica. Desgraciadamente, acá no tengo presente, para mostrar, cuáles fueron las lesiones que pasaron desconocidas en un primer momento.

En cuanto a la segunda pregunta: ¿cómo se topografía el lugar de la hemorragia en la operación, en el intestino? Tenemos entendido que debe ser para aquellos casos en los cuales se explora sin haberse demostrado previamente la lesión, o mejor dicho, cuando se piensa que asienta en el intestino delgado la causa de la hemorragia, después de haber descartado, por los estudios, que no existen hemorragias altas de esófago gastroduodeno, o bajas, colónicas, rectales. Las laparotomías en el niño tienen justamente el problema de que las incisiones exploratorias deben ser en general verticales, y esto trae grave riesgo. Sin embargo, las que se han hecho, las que se han explorado, fue en los pocos casos en los cuales el diagnóstico era presumiblemente de divertículo de Heckel. Eran hemorragias importantes, que llevaron a la laparotomía, sin diagnóstico preciso. En estos casos, la presencia de sangre en el intestino se trasluce fácilmente, y el sitio en la exploración manual y en la visualización de la lesión, es fácil de encontrar quirúrgicamente.

Dr. WALTER TAIBO.—El Dr. Alberto César Marín, de la Argentina, hace varias preguntas; una de ellas va a ser contestada por la Dra. M. Murguía.

Dra. M. MURGUÍA. La pregunta dice: ¿hasta qué edad considera el páncreas que el individuo debe ser tratado por el pediatra? Pues hemos observado en algunos de los cuadros presentados, edades de 14 y 15 años, que consideramos que por su anatomía y fisiología, así como por su patología, son resorte del médico y cirujano general.

En nuestro medio, en realidad, se considera la segunda infancia hasta los 14 años. A veces hay enfermos, posiblemente serán éstos de 15 años, que han comenzado en su niñez con alguna afección y que por eso siguen vinculados a la clínica quirúrgica infantil. Respecto a la edad límite, además se plantean muchos problemas, porque esa edad de 14 años es "la tierra de nadie", donde los cirujanos de adultos los mandan al hospital de niños, y donde a veces, necesariamente, el cirujano de niños tiene que hacerse cargo de ellos. Y sin embargo, en problemas graves o en problemas de vida en que haya real interés, el cirujano de niños siempre consulta con el cirujano general, con el cirujano de adultos. En casos que se han planteado alguna vez, referentes a la colitis ulcerosa, o frente a algunas hemorragias digestivas por úlcera gástrica de niños a veces grandes, donde se plantean problemas de intervención quirúrgica, hemos encontrado en dichos casos que el cirujano de adultos tiene menos experiencia que el cirujano de niños, y entonces ellos tampoco toman una decisión, si no están avalados por la impresión o por lo que cree el cirujano de niños. De manera que esa colaboración se utiliza, inclusive, a veces interviniendo o participando en el acto operatorio. También los gastroenterólogos son consultados para endoscopias del rectosigma, para localizar

pólipos, que a veces es muy difícil localizarlos, no sólo radiológicamente, sino aun quirúrgicamente. De manera que se utiliza la colaboración de la persona que uno crea que puede aportar algo para el mayor beneficio del enfermo.

Dr. WALTER TAIBO.— Otra pregunta del Dr. A. C. Marín, va a ser contestada por el Dr. César Arruti.

Dr. CESAR ARRUTI.— La pregunta dice: ¿en qué frecuencia se dan los tumores de intestino y si pueden ser causa de hemorragia? En la parte del intestino delgado tenemos una sola observación de un tumor maligno, y no se manifestó, como lo dije en la exposición, como hemorragia. Las formaciones poliposas se encuentran muy poco frecuentemente en el delgado y en lo que sí hemos tenido experiencia es en las formaciones polipoideas del colon, en el cual pudimos colectar (en el Servicio de Dr. Yannicelli, en el año 1962) más de 40 historias de pólipos del colon que no eran extraídos por rectosigmoidoscopia. Eso había sucedido en el término aproximado de cinco años. No tengo bien presentes las cifras exactas en este momento. Todos ellos, con estudio histológico, demostraron ser pólipos benignos. Referente al niño, en lo nacional no conozco experiencias sobre pólipos malignos del intestino. El pólipo sigue siendo el tumor más frecuente, encarado como tumor en la forma de adenoma, y lo que hemos visto siempre ha sido como tumor benigno. Es su manifestación, precisamente, esa hemorragia pequeña, la que lleva a la consulta y al diagnóstico.

Dr. WALTER TAIBO.— Tenemos ahora una pregunta hecha por el doctor Manfredi, que va a ser contestada por el Dr. Folco Rosa.

Dr. FOLCO ROSA Divertículo de Meckel: ¿frecuencia e incidencia, de acuerdo con la edad y su tomología más frecuente? En lo referente a la frecuencia del divertículo de Meckel, en el año 1961 nosotros habíamos recopilado 37 observaciones en nuestro medio: eran observaciones publicadas y conocidas. Deben haber muchas más que pasan desapercibidas, y otras que se encuentran en laparotomías por otras causas o que aparecen sin que se haya dado nunca la sintomatología. De modo que, en cuanto a la frecuencia, eran 37 en el año 1961, arrancando del año 1897 en que se efectuó la primera observación hasta el presente por el Dr. Lamas. ¿Incidencia de acuerdo con la edad? Bueno, lo que sucede es que el divertículo de Meckel puede dar síntomas en la infancia y entonces aparece la sintomatología durante la infancia, pero también puede dar síntomas a cualquier otra edad, porque el divertículo está. Ahora, en cuanto a su sintomatología más frecuente, el divertículo puede dar la sintomatología de oclusión. La oclusión intestinal puede ser oclusión por brida, por el divertículo que puede dar una brida, actuar como una brida; puede dar oclusión formando parte de una invaginación o siendo la causa de la invaginación intestinal, porque puede formar parte de una vulgar invaginación sin ser él la causa de la invaginación, pero puede ser el que produce la invaginación. Puede dar la sintomatología de un proceso inflamatorio y entonces el cuadro es el de una

apendicitis y se opera con ese diagnóstico. Cuando tiene una úlcera, puede dar la complicación de la úlcera: la perforación y la hemorragia. Cuando tiene la perforación, entonces hay un cuadro perforativo y se opera en general con diagnóstico de peritonitis por apendicitis y se encuentra la perforación del divertículo. Cuando la causa es la hemorragia, el diagnóstico es totalmente por descarte. Analizando todas las causas de hemorragia digestiva y no encontrando la causa en juego, se debe laparotomizar, y entonces, al ser laparotomizado hay que buscar presuntivamente que sea el divertículo de Meckel. En el diagnóstico radiológico del divertículo de Meckel (del año 1923 en que se hizo por primera vez hasta el año 1961) sólo se habían encontrado 40 divertículos en las radiografías; por lo tanto, las radiografías no sirven absolutamente para nada. De modo que, en resumen, cuando el divertículo de Meckel da sintomatología inflamatoria por diverticulitis, se opera con diagnóstico de apendicitis. Cuando el diagnóstico es por perforación, también se opera con diagnóstico de perforación de apéndice o peritonitis por perforación de apéndice. Cuando el diagnóstico es de oclusión, puede pensarse en el divertículo de Meckel. En el caso de un niño que no haya sido operado previamente, que hace una oclusión intestinal, se opera con diagnóstico de oclusión intestinal. Y cuando la causa es la hemorragia, vuelvo a repetir que es por descarte que se hace el diagnóstico. Ahora bien, en la operación, hay que tener mucho cuidado, porque a veces el divertículo está pegado al intestino, y puede pasar desapercibido y no encontrarse. Y en cuanto a la operación en sí, hay que tener en cuenta que, en general, la úlcera se encuentra en la base del divertículo o montada a caballo entre el divertículo y el intestino. No acontece lo mismo con el tejido heterotópico que se encuentra en la zona media. Y entonces, en la intervención no hay que hacer la resección a ciegas, sino que hay que ver la base del divertículo y ver si la úlcera no forma parte del intestino delgado, porque en ese caso hay que hacer la resección, de lo contrario la hemorragia seguiría.

Dr. WALTER TAIBO.—Tres preguntas del Dr. Valls, dirigidas al sector gastroduodenal, van a ser contestadas por la Dra. M. T. Cabrera.

Dra. M. T. CABRERA.—Contestaremos al Dr. Valls su primera pregunta: ¿en qué porcentaje de casos la radiología encontró lesiones en el gastroduodeno? Nosotros ya vimos en el desarrollo de la exposición, que desde el año 1958 a 1965, sobre un total de 66 niños con síntomas funcionales gastroduodenales, se encontraron gastroduodenitis, veintitrés úlceras duodenales fueron identificadas y tres úlceras gástricas.

La segunda pregunta se refiere a la mortalidad en las hemorragias gastroduodenales. En la serie que nosotros presentamos (correspondiente a los institutos oficiales) y a la que hemos hecho referencia, no hay mortalidad. Sin embargo, tenemos conocimiento de un caso de clientela privada (de un colega nuestro) que tuvo una hemorragia incoercible por una úlcera duodenal, debió ser operada y ese niño falleció. Sin embargo, esto no coincide con las estadísticas extranjeras, en las cuales (como ya hice referencia) se han hecho gastrectomías económicas que han sido toleradas. Eso se refiere nada más que

a las úlceras duodenales que han sangrado en forma incoercible, sabiendo los peligros que la gastrectomía tiene o puede tener en el futuro del niño.

Ahora, ¿qué porcentaje de niños con lesiones gastroduodenales se operó? Bueno, sin querer ya lo expuse en el caso que comentamos en la respuesta anterior, que es el único que no pertenece a nuestra serie, sino que es de clientela privada, y eso es todo lo que nosotros hemos sabido. En nuestros casos tuvimos hemorragias muy importantes, pero tuvimos la suerte de poderlas tratar con tratamiento médico sin llegar a esa contingencia. Sin embargo, estamos alertas y sabemos que en algún momento vamos a tener que afrontar la situación y lo haremos de acuerdo con los conceptos y la experiencia que los extranjeros han vertido.

Dr. WALTER TALBO.—Al Dr. César Marin me voy a permitir contestarle su última pregunta. La pregunta del Dr. Marin dice así: ¿qué relación existe con respecto a la frecuencia entre las úlceras duodenales y/o gástricas y la patología biliar en el niño? Con respecto a la relación en las úlceras gástricas y duodenales, ya ha sido dicho acá que es mucho, muchísimo más frecuente, quizás ocho o diez veces más frecuente (habría que tener grandes estadísticas) la úlcera duodenal en el niño que la úlcera gástrica. En lo que respecta a la asociación con la patología biliar, nosotros podemos decir que, en nuestro medio, personalmente y también algunos de nuestros colegas, tenemos operadas litiasis biliares en el niño, incluso en niños de poca edad. La litiasis biliar, como se ha dicho hasta ahora en todas las publicaciones, es cada vez más frecuente cuando el niño es de mayor edad, es decir, que ya cerca de los 14 ó 15 años se encuentra con mucho más frecuencia que en los primeros años de vida. Pero en nuestro medio no conocemos ningún caso de asociación lesional de litiasis biliar con úlcera duodenal o gástrica.

Se han terminado las preguntas formuladas a la Mesa. Tendremos que decir dos palabras finales, extrayendo algunas consecuencias de lo dicho en esta Mesa Redonda. Creo que las consecuencias a las que podemos llegar al finalizar esta Mesa Redonda, pueden ser resumidas en algunas breves consideraciones: 1º) la hemorragia digestiva en el niño es frecuente; 2º) la hemorragia digestiva del niño puede ser grave; 3º) la hemorragia digestiva del niño, en muchos casos es urgente; 4º) dentro de este panorama surge, evidentemente, la dramática urgencia y frecuencia de la enterorragia por invaginación intestinal, cuyo diagnóstico tardío grava severamente el porvenir del enfermo; 5º) las hemorragias digestivas del niño se diferencian de las del adulto en las diferentes causas que las producen, pero los principios generales del tratamiento son los mismos en su esencia; 6º) y para terminar, debemos decir que desde que Quirón enseñaba la medicina a los hombres, hasta el día actual en que éstos pretenden crear la vida en el laboratorio, aún no han podido ser develadas (con el resto de la patología) muchas de las causas que producen estas afecciones.

En nombre de los integrantes de esta Mesa, agradezco vuestra presencia y colaboración, y reitero a las autoridades del Congreso la deferencia tenida para con nosotros.