

EL ULCUS DUODENAL EN EL NIÑO

Dres. C. GOMEZ DEL VALLE, J. RODRIGUEZ FERNANDEZ
y R. SAENZ GALLINAL

Hasta hace pocas décadas se creía que el ulcus duodenal aparecía en el niño solamente como complicación de otras enfermedades: grandes quemaduras, encefalopatías, postoperatorio de intervenciones intracraneanas, etc.

Hoy sabemos que el auténtico ulcus péptico duodenal primitivo, crónico, se ve con cierta frecuencia en la niñez, aun en edades muy tempranas.

Relatamos 39 casos de ulcus péptico duodenal primitivo, observados a partir de 1958 en la Policlínica de Vías Digestivas del Instituto de Pediatría o en nuestra clientela privada.

Vemos en el cuadro N° 1 la distribución por edad y sexo de nuestra casuística. Cabe destacar que hay en total 11 casos menores de 6 años y que el niño de 2 años tuvo hematemesis y melena.

Cuadro N° 1

EDAD Y SEXO ●

	2 1/2 años				6-11 años		12-15 años		To
Varones	1	1	3		15				
Niñas ...				1	1	6	4		

SINTOMATOLOGIA

Es totalmente distinta la sintomatología del niño ulceroso a la del adulto. El cuadro más frecuente en el niño consiste en dolor durante e inmediatamente después de la comida. Mientras

el adulto tiene hambre dolorosa y pide comida que lo alivia, el niño rechaza al alimento, porque le provoca el dolor. Este se acompaña con frecuencia de vómitos alimentarios y otros síntomas menos comunes, como diarrea, astenia, anorexia, adelgazamiento, anemia discreta. Completamente distinta es la situación cuando aparece hematemesis o melena, a las que nos referiremos más adelante.

Resumimos en el cuadro N° 2 la incidencia de los distintos síntomas.

Cuadro N° 2

SINTOMATOLOGIA

Dolor provocado por el alimento	13 casos	} 66,6 %
Dolor y otro síntoma	13 "	
Vómitos	5 "	
Diarreas	5 "	
Hematemesis y melena	6 "	} 33,3 %
Hematemesis sola	1 caso	
Melena sola	6 casos	
Anemia con Weber positivo sin hemorragia aparente	2 "	
Total de hemorragias digestivas	15 "	38,5 %
Síndrome ulceroso igual que adulto	1 caso	

El dolor, más o menos intenso, se localiza en el epigastrio, región periumbilical, hipocondrios o es referido a todo el abdomen. Su duración es variable. Calma espontáneamente o con el vómito. No siempre aparece en todas las comidas. Creemos que es producido no por la propia úlcera sino por la hipertonia pilórica, siempre presente en el examen radiológico, y por las circunstancias que de ella derivan: lucha contra el obstáculo o distensión por atonía y aerofagia. En prueba de ello aducimos que el sufrimiento es igual en simples duodenitis y en casos de hipertonia pilórica con duodeno sano.

Con frecuencia el enfermito tiene algún grado de anemia hipocrómica. Si la reacción de Weber en fecas es positiva, se trata de una melena oculta. Si es negativa, la anemia puede deberse a un déficit nutricional, a mala absorción del hierro—veremos que la hipoclorhidria es muy frecuente—, o igualmente a una melena oculta. En efecto, se ha comprobado que en el niño pequeño debe haber un mínimo de 5 c.c. de sangre en las heces de 24 horas para obtener la reacción de Weber positiva y que la pérdida diaria de 2 c.c. de sangre es suficiente

para producir anemia. Según la edad del niño, estas cifras pueden elevarse en relación al peso corporal, la volemia y a la cantidad de materias fecales y el razonamiento mantiene su validez, de manera que el Weber repetidamente negativo no descarta la melena oculta.

Vimos en el cuadro N° 2 que 13 casos (33 %) han tenido hemorragia digestiva ostensible. No hemos visto perforaciones u otras complicaciones quirúrgicas. En el cuadro N° 3 detallamos edad y sexo de esos 13 casos. Es digno de destacarse que sangró el 26 % de los varones y el 50 % de las niñas.

Cuadro N° 3

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

Varones (2, 5, 6, 6, 13, 13 15 años)	7 casos
Niñas (5, 8, 10, 10, 13, 13 años)	6 "

Las hemorragias pueden ser de cualquier grado, desde moderadas hasta muy importantes, llegando en algún caso a producir anemia de 1.500.000 glóbulos rojos. Pero nunca hemos visto la gran hemorragia incoercible, iterativa, que mata si no se interviene a tiempo. Ninguno de nuestros casos debió ser intervenido y todos evolucionaron favorablemente. Creemos que posiblemente el ulcus péptico crónico del niño, no sea tan crónico —anatómicamente hablando— como el del adulto. Es evidente que la fuente de hemorragia que el cirujano encuentra en el adulto, en forma de cráter rígido con una gruesa arteria horadada en su fondo, no es pasible de cohibirse por medios médicos. Pensamos que en las hemorragias del niño hay posiblemente otros factores: fluxión, congestión ulcerosa y periulcerosa, más controlables sin intervención quirúrgica.

DIAGNOSTICO

El examen radiológico es el único que permite hacer diagnóstico positivo de la enfermedad, salvo que haya control anatómico; quirúrgico o autopsico.

Para afirmar la existencia del ulcus duodenal debe haber un nicho claramente visible, o en su defecto signos indirectos: pliegues radiados, deformaciones de los bordes, escotaduras, excéntrica pilórica, etc., suficientemente importantes y constantes, persistentes en varias placas. Es rara la formación de pseudo-divertículos.

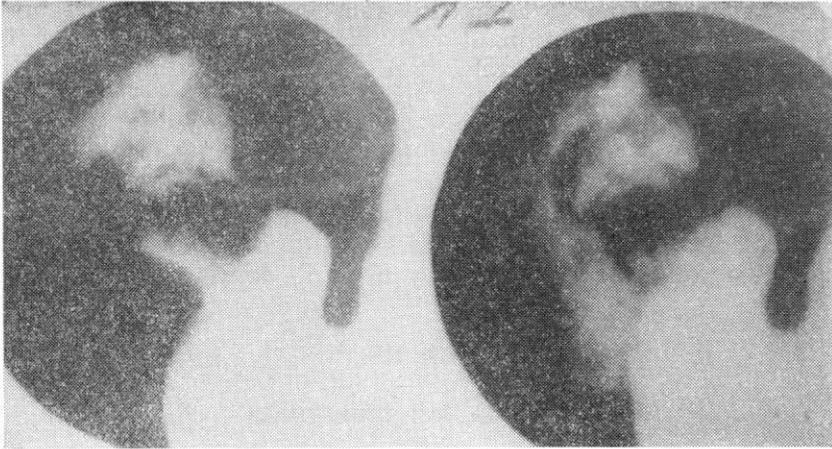


Fig. 1.

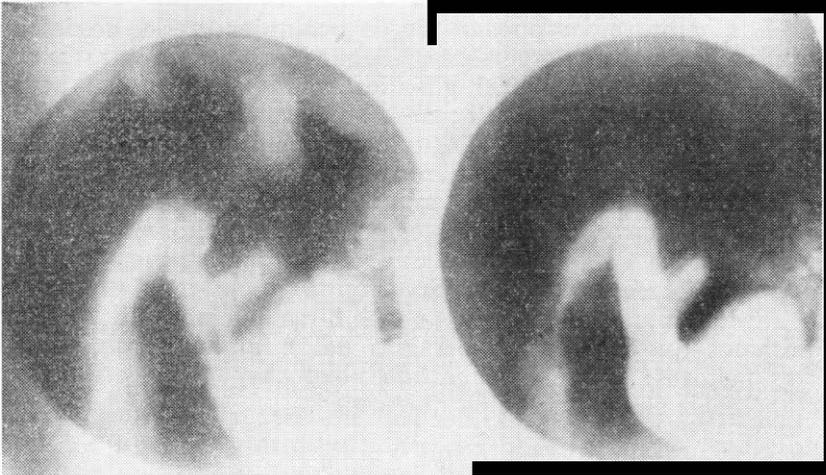


Fig. 2.

Cuando hay hematemesis o melena preferimos, lo mismo que en el adulto, realizar el estudio intrahemorrágico. Con frecuencia es más demostrativo que el realizado luego de detenida la hemorragia.

Entre nuestros 39 casos, 18 tienen nicho ulceroso visible y en 21 el diagnóstico se hizo por signos indirectos.

En la figura 1, correspondiente a una niña de 10 años, se ven pliegues radiados, edema y un grueso nicho de cara.

La figura 2, de un niño de 4 años, muestra excentricidad pilórica y una escotadura permanente en la curvatura menor.

En la radiografía 3, de un niño de 6 años vemos gran retención de líquido en ayunas, distensión de la curvatura mayor próxima al píloro e hipotonía gástrica, es decir, tres elementos del síndrome pilórico. El píloro es excéntrico y el bulbo está muy retraído y deformado.

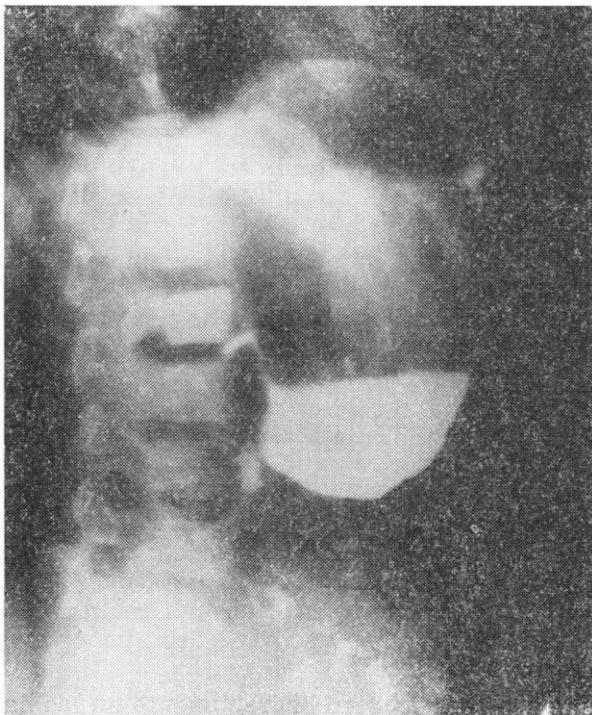


Fig. 3.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

No nos referiremos a exámenes imprescindibles en la valoración total del enfermo.

Vamos a detenernos en los estudios de la secreción gástrica con histamina y del equilibrio psicológico del niño.

El quimismo gástrico, que debe estudiarse sistemáticamente, sólo pudo investigarse en 8 de nuestros casos. Entre ellos 6 tienen

hipoclorhidria y 2 hiperclorhidria de grado variable; 2 de los primeros tienen prácticamente aclorhidria.

Esta es otra de las notorias diferencias entre el ulcus del niño y el del adulto. Sin duda involucra una patogenia distinta, en la que no entraremos.

Los estudios psicológicos pudimos realizarlos gracias a la invaluable colaboración de las psicólogas de niños Olga Cutinella de Aguiar y Sara Cutinella Agustoni.

Como resumen de estos estudios podemos afirmar que aparece siempre grosera inadaptación o desequilibrio en la ecuación niño-ambiente. Se comprende en ambiente al medio social, la familia y la escuela.

El desequilibrio puede originarse en cualquiera de los 2 polos y en general hay anomalías en ambos.

Lo más frecuente es encontrar un niño inteligente con una personalidad introversa, generalmente con una gran carga de agresividad reprimida, que le produce intensa angustia. Casi todos revelan gran necesidad de afecto.

En el otro polo de la ecuación hallamos reyertas graves entre los padres, divorcios, abandono del niño o sobreprotección por una madre dominante, niñas sin hogar que realizan tareas de servicio doméstico, conflictos graves en la escuela, etc.

TRATAMIENTO

La conducción y vigilancia del enfermo incumbe por igual al cirujano, psicólogo, pediatra y gastroenterólogo. Es obvio que se deben evitar si es posible las intervenciones quirúrgicas, pero el cirujano debe siempre participar en las decisiones, pues no todas las estadísticas son tan afortunadas como la nuestra; un criterio excesivamente conservador no debe poner en peligro la vida del enfermo.

Examinemos por separado el tratamiento en las hemorragias y en los casos sin ellas.

En las hemorragias, reposición de sangre, supresión absoluta de alimentos durante 12 a 48 horas con hidratación parenteral y reposo absoluto síquico y físico, a veces difícil de lograr. En algún caso es preferible permitir alguna movilidad, pero no aumentar la tensión síquica. Luego se permite la ingestión de leche y crema, en pequeñas tomas. Entre 5 y 15 días después, se pasa al tratamiento habitual.

En los casos comunes, sin hemorragia, ya hemos pedido la colaboración del psicólogo antes de tener la confirmación radiológica de la enfermedad. Mientras no se concluye el examen,

damos rutinariamente algún tranquilizante a dosis adecuadas, que a veces debemos luego sustituir por un sicoestimulante, o por una mezcla de ambos. Es fundamental la acción y consejos del psicólogo y los médicos, tendientes a modificar y mejorar las situaciones conflictivas ambientales; puede ser difícil en cualquier medio social.

La alimentación será relativamente libre, pero exigimos controlar una buena demolición mecánica de los alimentos; si no se logra por masticación, debe realizarse en la cocina o en el plato. Permitimos desde el comienzo las carnes, huevos, farináceos, pastas, leche y derivados, y frutas; también los alimentos fritos. Solamente en casos en que persisten los vómitos o dolores, ordenamos una dieta como la que antiguamente se usaba en el ulceroso adulto, a base de leche y cremas, pero por pocos días.

Proscribimos el café, bebidas efervescentes, guisos, salsas, picantes y dulces en exceso.

Los primeros 5 a 15 días el total de la ingesta debe fraccionarse en cinco comidas de volumen más o menos igual; cuando hay mejoría se pasa al régimen habitual de dos comidas principales y dos complementarias.

A los niños que tienen algún trastorno supuestamente debido a hipoclorhidria: diarreas gastrógenas, anemia, dispepsia hipoclorhídica, no se titubeará en darles ácido clorhídrico junto con las comidas; el alimento es su mejor neutralizante y no puede hacerles ningún daño; el ácido daña cuando el estómago está vacío.

Tome o no ácido clorhídrico, en la mitad de cada intervalo entre comidas se dará hidróxido de aluminio, más como protector de la mucosa que como neutralizante del ácido eventualmente segregado; el ingerido no cuenta. No usar nunca el hidróxido de aluminio en goteo nasogástrico continuo: es mayor el daño por el traumatismo síquico, que el eventual beneficio terapéutico.

Si se produce constipación, celulosa suficiente, pero bien demolida.

Cuando se comprueba hiperclorhidria y el niño sabe deglutir comprimidos, damos anticolinérgicos, pero a veces puede agravarse el síndrome pilórico; en este caso aumentamos el volumen y la frecuencia de las tomas de hidróxido de aluminio.

Sistemáticamente damos antiespasmódicos suaves, homatropina casi siempre, en dosis adecuadas y tiempo variable.

Entendemos que la parte más importante del tratamiento es el enfoque adecuado de la estructura psicológica del niño y de los conflictos ambientales en que participa.

Discusión

Dr. YANNICELLI. El úlcus duoducual se discute en algunos aspectos, pero es una verdad ya conocida en pediatría médica y quirúrgica. No hay que precipitar las decisiones quirúrgicas, es un axioma que se podría decir así y especialmente en los lugares especializados. Lo que tenemos que hacer es prevenir a los cirujanos que vienen de sectores de adultos de que no encaren la patología ulcerosa digestiva del niño con la misma forma apresurada que podía ser en casos de adultos. En más de una vez, hemos visto lo que consideramos un error, precipitar una intervención quirúrgica sin dar lugar a la experiencia de los que conocen mejor el problema por estar en el ambiente especializado. Desde luego, esas decisiones quirúrgicas no se han operado en la clínica que seguimos sino por algunos colegas que han actuado fuera del ambiente del control de la sección especializada. Estamos completamente de acuerdo en lo que han dicho los colegas. Indudablemente se trata de un número importante, 39 casos. El hecho de que no sean sometidos a intervención quirúrgica hace que los casos de la Clínica Quirúrgica tengan un pasaje muy efímero, porque a pesar de tener como recién lo han dicho en un 38,5 %, manifestaciones hemorrágicas que parecían agravantes y a veces con síndromes anémicos de importancia, es rápida la regresión que se puede tener. Entonces la persona que creyó en una agravación de un proceso ulceroso se queda sorprendida con la rapidez con que regresa el proceso hemorrágico y el final del proceso ulceroso. Apoyo por completo el énfasis que dan los autores al aspecto psicológico, no hay duda que la edad del niño preferentemente en esa etapa entre los 7 y 11 años donde la falta de madurez psíquica del niño, el enfrentamiento con circunstancias adversas en la vida familiar, en la vida escolar, a veces en el comienzo de la vida liceal, indudablemente significan impactos que debe figurar en la etiología del proceso ulceroso. En más de un caso nos ha sorprendido ver cómo rápidamente el sólo aislamiento en un servicio hospitalario, con el tratamiento médico, apartado del ambiente familiar social, que estaba sufriendo, ha hecho curaciones más rápidas de lo que nosotros presumíamos. Felicitamos a los colegas y esto ratifica el mantenimiento en principio de una terapéutica que hace abstención de la cirugía hasta demostrar que ella es necesaria como bien lo dijeron los colegas.

Dr. CHRISTMAN. El Dr. Gómez del Valle ha tenido un recuerdo muy amable de los años en que tuve el placer de ser el profesor de él, en Clínica Quirúrgica, nos ha ilustrado muy elocuentemente y con una experiencia muy grande sobre esta afección. Hace unos minutos mientras exponía el cuadro decíamos, aquí con el Dr. Tejerina, que cosa rara es esta de la úlcera en el niño, ninguno de los dos hemos visto ningún caso. Claro que los dos no somos cirujanos de niños, pero cerca de nosotros hay gente que hace esta cirugía. Ha sido muy interesante para mí ver que la etiología de la úlcera duodenal en el niño es idéntica a la del adulto, no hay duda que es una enfermedad psíquica, psicósomática, luego y prueba de ello es la estadística

y las opiniones de los psicólogos y neurólogos que han estudiado los chicos. de las estadísticas que nos mostró el Dr. Gómez del Valle, que en todos ellos había elementos etiológicos de primer orden para hacer que el chico desarrolle una úlcera, exactamente vemos lo mismo que en el adulto, los factores psicquicos por lo menos lo agudizan enormemente si es que no son directamente productores.

Dr. LATTARO. Simplemente relatar algún hecho de nuestra experiencia en cirugía de urgencia del niño con problemas de hemorragia digestiva, debemos destacar dos grupos fundamentales de las hemorragias digestivas importantes del niño, el niño chico y el niño grande sobre todo en lo que tiene relación con el diagnóstico de problemas ulcerosos digestivos es muy importante. Hay que marcar muy claramente el niño menor de 2 años y el niño mayor. El diagnóstico clinicoradiológico de úlcus es mucho más fácil en el niño mayor y siempre demostrada radiológicamente la lesión, cosa muy diferente es el niño chico, el menor de 3 años en el cual los estudios radiológicos directos nunca muestran la lesión de nicho, nunca he tenido oportunidad de verlo y, en cambio, es muy importante destacar los signos radiológicos indirectos de lesión ulcerosa. Nunca falta en ese niño chico la existencia clínica del vómito. En general es un chico vomitador y radiológicamente se destaca la existencia de un piloroespasmo que nunca falta con una distensión gástrica. Esto lo traigo como un aporte, porque muchas veces uno cree que una hemorragia masiva digestiva del niño, piensa en otras lesiones capaces de producir hemorragia, divertículo de esófago, problemas de poliposis digestivas, hernia diafragmática, en cambio, es muy importante la hemorragia digestiva unida al vómito y el signo indirecto radiológico como hemos aclarado varias veces para definir la existencia de un úlcus crónico gastroduodenal. Otro hecho importante que vivimos en la urgencia es que estos niños vienen muy graves a veces con anemias agudas muy importantes. Si uno no repone masivamente la sangre perdida puede costarle la vida al niño, nosotros hemos visto, en varias oportunidades, niños que realmente vienen en anemia aguda y a veces se piensa en otro tipo de lesión.

Dr. COTTINI.—Mi experiencia es muy breve sobre este tema, tratán dose lógicamente de cirugía infantil que no realizo, pero en mi experiencia me he tenido que enfrentar en dos oportunidades con niños; en una de ellas un niño de 6 años de edad con hemorragia digestiva por úlcus duodenal perfectamente bien comprobada por el estudio clinicoradiológico, en este caso particular, se optó como era lógico, por un tratamiento médico que fue exitoso. en la actualidad el paciente tiene 25 años, han pasado 19 años y nunca más tuvo sufrimiento que se relacionara con aquella antigua úlcera que sangraba en su infancia, lo que cabe decir que hay que ser muy cauto con la cirugía, porque la situación en que queda un niño con su reservorio gástrico disminuido con su carencia por tal motivo, no son tan fácilmente adaptables como podía suponerse, como sucede aunque no siempre, en el adulto. Otro caso, como dijo el Dr. Christman, siempre en las complicaciones, fue una úlcera perfecta de corticoesteroides, pero este no está en discusión, pero sí puedo

traerlo a colación por cuanto se afirmó que la cirugía en esta clase de niños menores de 10 años, debe ser dirigida solamente a los momentos de complicación debiendo extremarse todo tratamiento médico y lo que ha dicho muy bien el relator, enviar a estos niños a psicoterapeuta porque son todos niños con motivo o con gran predisposición a trastornos psicósomáticos.

Dr. BERMUDEZ.—Es para hacer una pregunta a los Sres. relatores. Yo no tengo experiencia infantil y no he conocido casos de úlceras en niños, pero quisiera saber, si tal como sucede en el adulto portador de un úlcus duodenal especialmente por alta acidimetría, hay una incidencia de frecuencia de esofagitis por reflujo en duodenales que tienen disturbios en el sector pilórico como en el niño. Los mecanismos de continencia esofagoligástrica tienen posibilidades de caer con más facilidad que en el adulto y el reflujo en niños chicos es un hecho bastante frecuente, quisiera saber si los autores han estudiado el reflujo en estos enfermos con un síndrome úlcero duodenal comprobado o clínico porque especialmente en el niño chico. En lo que respecta a la úlcera del adulto yo quisiera decir algo, sobre lo que ha expresado el Dr. Yannicelli. Ya de hace muchos años los cirujanos generales no nos apuramos mucho por operar el úlcus duodenal. Tiene indicaciones operatorias bastante precisas, son derivadas de un balance patológico muy preciso, de modo que, ni en el niño ni en el adulto el cirujano se apura por operar.

Dr. WALTER ESCOBAR.—Yo quiero felicitar al comunicante y hacer resaltar algunos hechos funcionales en su ponencia, en primer término, es una casuística muy importante la presentada; en segundo término, un hecho fundamental para la investigación clínica, que es el tipo de dolor, ustedes han visto como claramente han hecho notar que el dolor es predigestivo, es decir, en el momento de la ingesta, pero antes de terminar la digestión, contrariamente lo que ocurre en el adulto. El otro hecho importante es la asociación de este hecho con nociones de tipo etiopatogénico, de tipopsicológico, niños con luchas, con dificultades, con reacciones de impotencia ante la realidad ambiental. Parece ser que las que más trastornos tróficos produce es la lucha de orden psicológico, hay dos actitudes fundamentales: una la pasiva en la que el niño encierra en un tren defensivo de impotencia central el hecho que lo rodea y que lo amenaza, y la otra la reacción del individuo en la que toma parte activa y lucha. Parece que la primera es la que más trastornos psíquicos produce y es interesante hacer notar que en el informe de la Real Academia Inglesa, se pudo comprobar que los evacuados de Dunkerque que tenían evidentemente la sensación de imposibilidad de luchar contra esa situación del mar por un lado y los cañones por el otro y por encima los aviones, desarrollaron un porcentaje extraordinario de úlceras duodenales, es interesante esto porque todos los médicos además de tener nuestra influencia en la salud física de la gente tenemos que tener una participación adecuada en la salud psíquica.