

Úlcera Péptica en el Niño⁽¹⁾

Reporte de un caso

Por el DR. ALBERTO CALDERIN GOMEZ

La úlcera del tractus gastro intestinal en el niño y sus complicaciones y alta mortalidad en el recién nacido no es un hecho nuevo.

Fue primeramente señalado por Cruveilhier en el 1829 en su obra "Anatomía Patológica del Cuerpo Humano", habiendo reportado la presencia de úlceras gástricas múltiples en niños de edades de una, dos y tres semanas, desde entonces a la fecha numerosos casos han sido reportados.

Uno de los más importantes estudios estadísticos fue hecho por Thiele⁽¹⁾ que fue publicado en 1918 en una base de 248 casos.

Habiendo encontrado en su estadística la úlcera aguda más frecuente en el recién nacido y dentro de los dos primeros años de edad, mientras que la úlcera crónica se observa entre los 5 y los 10 años.

Hirsch en una larga serie reporta la frecuencia en niños entre 0.3 y 1 por ciento, no haciendo distinción entre localización duodenal o gástrica.

Cockovic⁽³⁾ demuestra que más de un 18 por ciento de los casos de úlcera presentan síntomas clínicos desarrollados dentro de la edad de 10 a 20 años.

Proctor⁽⁴⁾ en un análisis de 1000 casos de úlceras duodenales en adultos señala 26 casos cuyos síntomas son arrastrados desde la infancia.

Bird y sus asociados⁽⁵⁾ en una cuidadosa revisión de la literatura descubre 118 casos de úlcera péptica en niños comprobados quirúrgicamente y 124 casos comprobados por autopsia o radiología.

(1) Presentado en la XIV Jornada Pediátrica de Santa Clara. Septiembre 1959. Aprobado para su publicación en octubre 1959.

Bergrund⁽⁶⁾ reporta un análisis de 1123 autopsias en niños hasta de 13 años de edad encontrando 14 casos de úlcera duodenal.

Benner⁽⁷⁾ en 500 autopsias en niños reporta una incidencia de 1.4 por ciento.

Michaelson⁽⁸⁾ reporta una incidencia de 1.5.

Aunque desde un punto de vista estadístico basado en las autopsias el tanto por ciento varía entre el 1 y 1½ por ciento, esto solo representa el verdadero porcentaje entre los casos complicados que han requerido hospitalización y no el verdadero porcentaje en la población total, pero sí sugiere que la verdadera frecuencia de úlcera duodenal en el niño es digna de tomarse en consideración más seriamente por los pediatras, no olvidando que los datos anamnésicos tan valiosos en la úlcera péptica en el adulto, son indudablemente menos reales en los niños.

La úlcera péptica en los tres primeros meses de vida son habitualmente múltiples y su relación con la verdadera úlcera péptica es discutible. Son usualmente secundarios a toxi-infecciones, procesos metabólicos, quemaduras extensas y se manifiestan esencialmente por hemorragias severas, constituyendo uno de los factores etiológicos de las llamadas "melena del recién nacido". Algunos autores admiten el desarrollo de esta úlcera en verdadera úlcera péptica. Después del primer año de vida el síndrome agudo se hace menos frecuente. El síndrome típico como de adulto se puede desarrollar, pero más frecuentemente pasa desapercibido para hacerse típico cerca de la pubertad.

Al considerar el diagnóstico de úlcera péptica en el niño deben valorarse los siguientes factores:

- 1.—Historia hereditaria (frecuente).
- 2.—Trastornos digestivos con ritmo periódico, con dolor difuso al abdomen o la región umbilical, más que al epigastrio.
- 3.—Melena y más rara hematemesis.
- 4.—Síndrome pilórico.
- 5.—Los exámenes radiológicos requieren un especial cuidado en su técnica (inmovilización del paciente pequeño, administración de la sustancia de contraste por sonda nasal).

ÚLCERA PÉPTICA EN EL NIÑO

Solamente la presencia de un nicho es absolutamente determinante, mientras que la marcada tendencia a los espasmos duodenales en el niño, reducen el valor diagnóstico de un bulbo duodenal "biloculado" y esto solamente puede ser considerado como un signo indirecto cuando se encuentra constantemente en exámenes repetidos.

ETIOLOGIA

Parece existir una relación entre el desarrollo de la úlcera del tractus gastro intestinal y las quemaduras de la piel, así como con las enfermedades del sistema nervioso central.

Cushing⁽⁹⁾ ha reportado úlceras múltiples del estómago y del duodeno, frecuentemente complicadas con perforación con posterioridad a cirugía cerebral, especialmente del cerebro. Esto sugiere que el estímulo cerebral o el trauma que pueda ocurrir como consecuencia de un parto laborioso o instrumental pueda explicar la etiología de la úlcera aguda del recién nacido.

Guthrie⁽¹⁰⁾ en una excelente revisión de la literatura sugiere la oclusión vascular o el espasmo debido a traumas en el parto como la causa de la úlcera en el recién nacido.

Chore⁽¹¹⁾ sostiene que la distensión exagerada del estómago y del duodeno por excesiva cantidad de alimentos (errores dietéticos) puede jugar un papel importante en la etiología.

Hurst⁽¹²⁾ sugiere que la úlcera puede producirse por toxinas bacterianas y señala su desarrollo posterior a exantemas agudo o después de uremias, de afecciones del tractus respiratorio, señalando un caso posterior a una osteomielitis.

Las tesis de Rivers⁽¹³⁾ y Robinson⁽¹⁴⁾ al clasificar las úlceras en relación con el tipo constitucional del individuo, es de poco valor para explicar la etiología de la úlcera en el niño y los factores de nerviosismo, preocupación, indulgencia en la alimentación, alcoholismo o tabaquismo juegan muy poco papel en la producción de úlceras en pacientes de esta edad.

Que ciertos procesos o grupos de factores causan alteraciones de la pared intestinal o gástrica que permiten a los ácidos gástricos y a la pepsina destruir la mucosa, es ampliamente aceptado y Miller⁽¹⁵⁾ señala una alta concentración de ácido gástrico en estudios hechos en niños en las 24 primeras horas de recién nacido.

El gran número de factores conocidos como posible etiología de la úlcera tanto en el hombre como en el animal de experimen-

tación demuestran que no hay una etiología común y que el problema etiológico tanto en el adulto como en el niño, está aún por resolver.

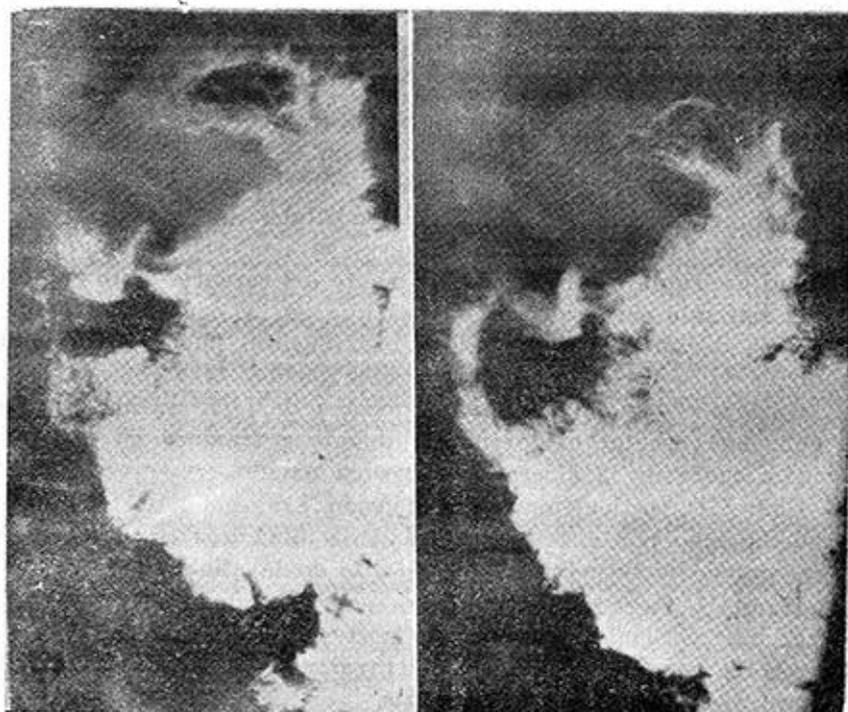


FIG. 1.—Radiografías de una serie. Pequeño nicho ulceroso de cara del bulbo Pseudodivertículo ulceroso. Vaciamiento gástrico acelerado.

ASPECTOS RADIOLOGICOS DE LA ULCERA PEPTICA EN EL NINO

Una úlcera duodenal activa en el niño es usualmente manifestada por un nicho asociado con irritabilidad del bulbo duodenal. Es esencialmente raro encontrar las imágenes características de: "hoja de trébol", "árbol de pino" u otras deformidades típicas en las manifestaciones radiológicas de la úlcera duodenal del adulto. El alto grado de deformidad bulbar es usualmente encontrado en los adolescentes con síntomas similares al signo ulceroso de la úlcera.

ÚLCERA PÉPTICA EN EL NIÑO

La irritabilidad de la mitra duodenal y los espasmos pilóricos intermitentes durante la primera parte del examen son factores muy importantes. Frecuentemente el bulbo tiene tan poca retención

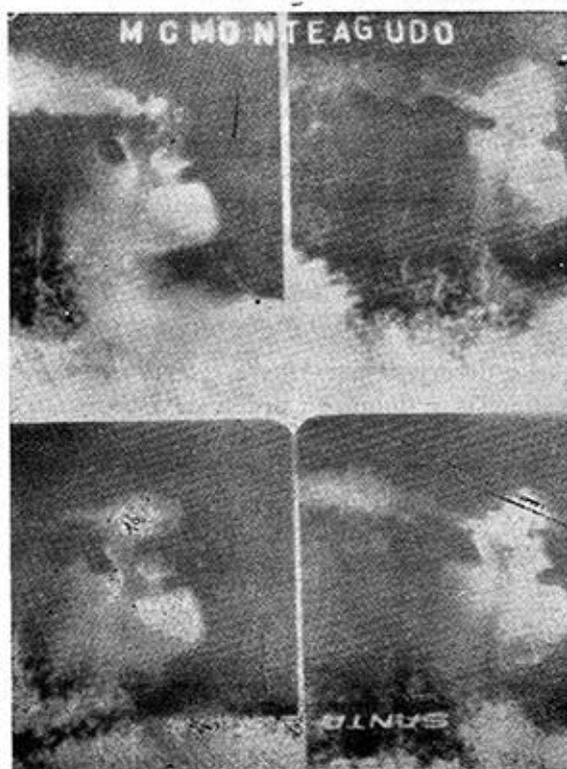


FIG. 2.—Radiografías en acecho, con compresión. Bulbo deformado e irregular. El pequeño nicho se observa en todas las imágenes.

y el bario pasa tan rápido que el nicho no puede ser observado. El uso del cono compresivo permite captar pequeña cantidad de bario en la erosión y demostrar ésta en la placa. Después que el nicho ha sido llenado y una mayor cantidad de bario pasa al través del píloro y el bulbo, la intensidad del espasmo pilórico y la irritabilidad del bulbo disminuye y la visualización se hace más fácil. En este momento el estado inflamatorio del bulbo duodenal es más

demostrativo por lo que debe esperarse a este período de menor irritabilidad antes de hacer nuevas placas.

No todos los pacientes con espasmo pilórico marcado con poca retención y con irritabilidad aumentada demuestran la presencia de nicho, el tipo de irritabilidad del bulbo es muy sorpresivo y similar en característica a aquellos que demuestran un nicho típico. Parece existir en estos casos una pequeña erosión superficial de la mucosa no lo suficientemente profunda como para colectar el bario necesario para demostrar la presencia de nicho en las placas. En muchos de estos casos los síntomas clínicos y la respuesta terapéutica es tal, que en un diagnóstico presuntivo de úlcera se hace, coincidiendo en lo encontrado con la "duodenitis" descrita por Rivers.

S I N T O M A S

En los casos descritos por Bird's, él encontró: sangramiento, perforación, estenosis y dolor, en orden de frecuencia en pacientes hasta los 2 años de edad, siendo el sangramiento y la perforación más común. La úlcera en el recién nacido es usualmente asociada con melena, síntomas de perforación y colapso, siendo generalmente estos síntomas tan súbitos, sin signos premonitorios, que frecuentemente la muerte ocurre antes de que el diagnóstico sea hecho sin lugar a tratamiento. Los pacientes de la serie presentados por Bird's, entre las edades de los 2 años y los 6 inclusive, mostraron sangramiento como la causa más común, mientras que los grupos entre los 7 y los 15 años presentaron síntomas de estenosis, perforación y dolor en orden de frecuencia.

Proctor piensa que muchos pacientes presentan una historia larga de vómitos, trastornos gástricos y estreñimiento, mientras que Chore, cree que la úlcera en los niños da una sintomatología a veces típica y otras abigarrada.

Holt⁽¹⁶⁾ señala que en una tercera parte de sus casos no existían signos característicos.

El síntoma más prominente en los casos reportados fue el dolor abdominal, generalizado pero a veces periumbilical unido a manifestaciones de trastornos digestivos manifestados por náuseas y vómitos.

El síndrome ulceroso "de dolor aliviado por alimento" como en el adulto, no fue encontrado. El dolor abdominal fue frecuente-

ÚLCERA PÉPTICA EN EL NIÑO

mente descrito, difuso, habiendo sido diagnosticado como "adenitis mesentérica", "apendicitis crónica", "alergia alimenticia" o "gastro enteritis", habiendo en esta casuística tres pacientes operados indebidamente de apendicitis. Las crisis de náuseas y vómitos fueron

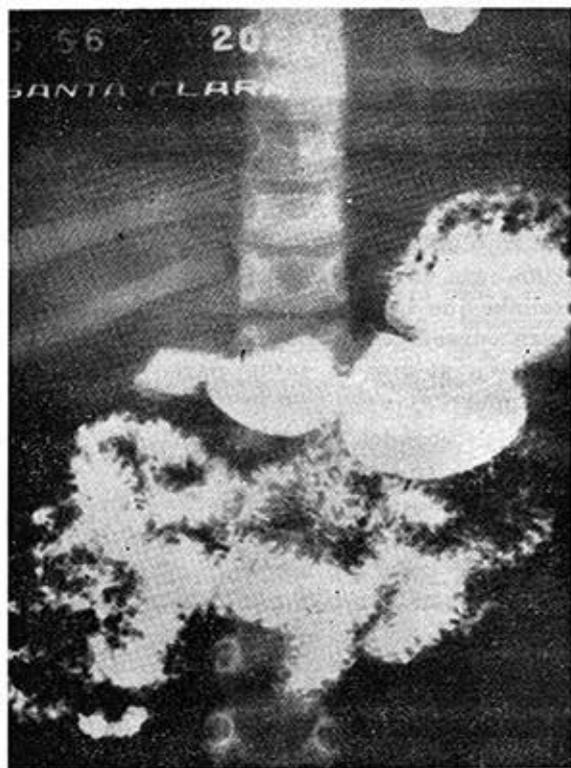


FIG. 3.—Radiografía tomada tres meses y medio más tarde. La imagen de nicho ha desaparecido, persistiendo solamente una ligera irregularidad del bulbo duodenal.

frecuentes y severas. La enfermedad fue frecuentemente asociada con pérdida de peso y estreñimiento y los vómitos similares a los vómitos en "proyectil" observados en los espasmos pilóricos, desapareciendo los síntomas al vaciarse el estómago.

La falta de localización del dolor en el niño ulceroso, comparado con el dolor localizado en la parte superior del abdomen en

el adulto, es difícil de explicar, al menos que esto sea debido a las características de la lesión. En los niños la erosión es ligera y superficial y generalmente no invade más allá de la mucosa.

En los casos reportados por Bird's, que demostraron úlcera duodenal del tipo adulto, el complejo sintomático fue también similar al del adulto.

Los hallazgos de laboratorio fueron generalmente de pequeña importancia y el examen físico solo mostró ocasional aumento de la sensibilidad a la palpación de la región duodenal.

ANATOMIA PATOLOGICA

Tanto Bird's, como Holt, señalan que la úlcera del recién nacido ocurre tan rápidamente, que no hay evidencia de invasión bacteriana o inflamatoria en el lecho de ello.

Guthrie señala que la lesión puede ser rápida en su formación y destructiva en caracteres, puede afectar solamente a la mucosa, o puede extenderse al través de la pared intestinal provocando perforación y hemorragia.

En los casos presentados por Benners la lesión necrótica aguda en el paciente joven fue tan observada, como la lesión inflamatoria con reacción celular y reparación encontrada en el niño mayor. Uno de sus pacientes "6 años" demostró una úlcera cicatrizada en el bulbo duodenal.

De las observaciones reportadas en la literatura basadas en experiencias quirúrgicas y de necropsias se deduce que la úlcera duodenal en el niño pequeño es: Un proceso necrótico, agudo y destructivo con hemorragia y perforación, mientras que en el niño mayor predomina la inflamación crónica asociada con infiltración celular. El desarrollo de fibrosis provocando estenosis, no es poco frecuente de acuerdo con la experiencia de Bird's.

La pregunta en lo referente a si la úlcera en el duodeno del niño, cicatriza y permanece cicatrizada, o si por el contrario, hay una persistencia de ella, con período de recurrencia de tiempo en tiempo no puede ser contestada aún.

Aunque el hecho señalado por Proctor, en su estadística de gran número de adultos que arrastran su sintomatología desde la infancia, puede ser de gran valor y significación al evaluar el problema de la úlcera en el adulto. Los resultados en niños ulcerosos que han sido chequeados periódicamente durante largo tiempo de-

ÚLCERA PÉPTICA EN EL NIÑO

muestra que algunos cicatrizan con tratamientos médicos, mientras que otros persisten sin cicatrizar. Si esta falta de cicatrización persiste hasta la edad adulta, está en estudio y seguramente añadirá alguna información a nuestro actual conocimiento del síndrome ulceroso del adulto.

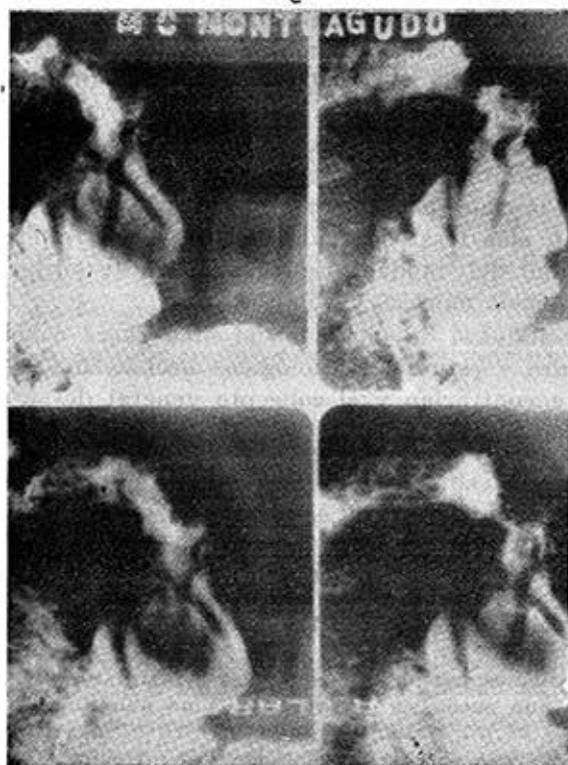


FIG. 4.—Radiografías en acecho tomadas tres meses y medio más tarde, en las que se observa que la imagen de nicho ha desaparecido, persistiendo solamente una ligera irregularidad del bulbo duodenal.

La incidencia en la úlcera en el niño es aún hoy en día discutible. El punto importante es reconocer que la úlcera duodenal en el niño existe y que es probablemente más frecuente de lo que se cree.

Esto no significa que todo niño que presente síntomas de dolor

abdominal con vómitos, tenga o no úlcera, pero esta posibilidad debe ser considerada al evaluar trastornos gastro intestinales y dolorosos en el niño, cuando estos síntomas tienden a recurrir con cierto grado de frecuencia; y esta posibilidad merece mayor atención que el diagnóstico casual de "adenitis mesentérica" "parasitismo", "apendicitis crónica" o "alergia alimenticia". En algunos de estos pacientes con evidencia radiológica de úlcera duodenal, en un interrogatorio cuidadoso señalan ataques repetidos de trastornos gastro intestinal desde meses atrás y son descritos por los padres, como niños con problemas alimenticios de mayor o menor tiempo. Los niños con úlcera duodenal no presentan el clásico síndrome ulceroso del adulto y esto depende más de los caracteres de la lesión que de la edad del paciente. Las náuseas y los vómitos usualmente causan más trastornos al paciente que el dolor abdominal. La irritabilidad del duodeno tiende a provocar antiperitastilmo y como consecuencia náuseas y vómitos.

Si la posibilidad de úlcera en el niño fuera considerada más frecuentemente y estudios radiológicos hechos, un mayor número de casos se encontrarían y el concepto general de su infrecuencia será modificado.

CASO CLINICO

M. C. M., de 5 años de edad, de sexo femenino, es vista en la consulta particular, por el motivo esencial "de dolor abdominal difuso y vómitos".

La historia de su enfermedad actual data de un año aproximadamente caracterizada por trastornos considerados como "malas digestiones" y últimamente marcada regurgitación ácida "pirosis", que la madre señala como "baba" en la boca.

Los antecedentes patológicos personales y familiares son esencialmente negativos, sin que pueda ser considerada como una niña de las llamadas "nerviosa".

Al examen físico se observa marcada desnutrición y en la palpación abdominal sensibilidad aumentada y ligera defensa en la región duodenal.

El resto del examen físico fue esencialmente negativo.

Constando en la fluoroscopia el aumento de sensibilidad y ligera defensa de la región duodenal ya señalada.

Diagnóstico de apendicitis aguda habíale sido hecho, pero éste no podía ser mantenido dado la normalidad de los exámenes complementarios tanto de laboratorio como de Rayos X así como la negatividad del examen clínico a ese respecto.

Un estudio radiológico de "estómago" y "duodeno" fue ordenado y el informe de un competente compañero, el Dr. Lima Recio, fue como a continuación se expresa: Bulbo duodenal irregular y deformado.

ÚLCERA PÉPTICA EN EL NIÑO

Pequeño nicho ulceroso de la cara superior del bulbo; más evidente que en las imágenes de asecho, con compresión y en las de vaciamiento del bulbo.

Edema duodenal peri-ulceroso. Pseudo divertículo ulceroso del borde superior del bulbo.

Vaciamiento gástrico acelerado. Terapéutica antiácida y antiulcerosa (gleogel) (vagosín, etc.), así como regulación dietética le fue impuesta a la paciente.

A los tres y medio meses de tratamiento la paciente ha aumentado más de 5 libras, sus trastornos digestivos han desaparecido y en las radiografías tomadas no se observa imagen de "nicho" persistiendo solamente una irregularidad del bulbo duodenal.

CONCLUSIONES

Un caso de úlcera duodenal en una niña de 5 años se presenta y la literatura revisada permite concluir:

1.—Que la enfermedad es probablemente más frecuente de lo que se cree.

2.—Que la sintomatología clínica y radiológica difiere un tanto del adulto no presentando el síndrome ulceroso clásico ni la imagen radiológica típica, y por último, que debemos darle más vigencia a la posibilidad de úlcera duodenal en el niño al considerar el síndrome doloroso abdominal.

REFERENCIAS

- 1.—*Thiele, P.*—Ueber. Geschwürsbildungen Des Gastro-Duodenaltractus in Kindesalter. *Ergebn d. inn. Med. u. Kinderh.* 16:302-389-1919.
- 2.—*Hirschow*: Cited by A. B.—Newman in Peptic Ulcer in Childhood. *Am. J. Dis. Child.*, 64:649-654, October 1942.
- 3.—*Cockovic*: Cited by B.—Crohn in Affections of the Stomach. Philadelphia, W. B. Sanders Co. 1929.
- 4.—*Proctor, O. S.*—Chronic Peptic Ulcer in Children. *Surg. Gynec. Obst.* 41:63-69.
- 5.—*Bird, C. E., Limper, M. A., and Mayer, J. M.*—Surgery in Peptic Ulceration of Stomach and Duodenum in Infants and Children. *Ann. Surg.* 114:526-542. October 1941.
- 6.—*Berglund, N.*—Zur Kenntnis des Magen und Duodenalgeschües bei Kindern., *Acta paediat.* 8:323-340. 1928.

ALBERTO CALDERÍN GÓMEZ

- 7.—*Benner, M. C.*—Peptic Ulcers in Infancy and Childhood. Postmortem Studies of Eight Cases; One Case of Possible Poiso. *J. Pediatrics*, 23:163-170. October 1943.
- 8.—*Michaelsson, E.*—Falle Von Ulcus Peptic postop, Jejuni bei Kindern nebst einem Beitrag zur Frage des Ulkus in Kindersalter. *Acta chir, Scandinav*, 59:139-170.
- 9.—*Cushing, H.*—Peptic Ulcer and Interbrain. *Surg Gynec Obstetric*, 55:1-34, July 1932.
- 10.—*Guthrie, K. J.*—Peptic Ulcer in Infant and Childhood *Arch. Dis. Childhood*, 17:82, June 1942.
- 11.—*Shore, B. R.*—Acute Ulceration of Stomach in Children *Ann of Surg*, 92:234-240, August 1930.
- 12.—*Hurst, A. F.* and *Stewart, M. J.*—Gastric and Duodenal Ulcer New York Oxford University Press, 1929.
- 13.—*Rivers, A. B.*—In *Ciclopedia of Medicine, Surgery and Specialties Philadelphia*, F. A. Davis Company, 1939.
- 14.—*Robinson, S. C.*—On Etiology of Peptic Ulcer. *Am. J. Digest Dis. and Nutrition*, 2:333-343. August 1935.
- 15.—*Miller, R. A.*—Observations on Gastric Acidity During first month of life *Arch. Dis. Childhood*, 16:22:30, March 1941.
- 16.—*Holt, L. E.*—Duodenal Ulcers in Infancy. *Am. J. Dis. Child.* 6:381-393. December 1913.