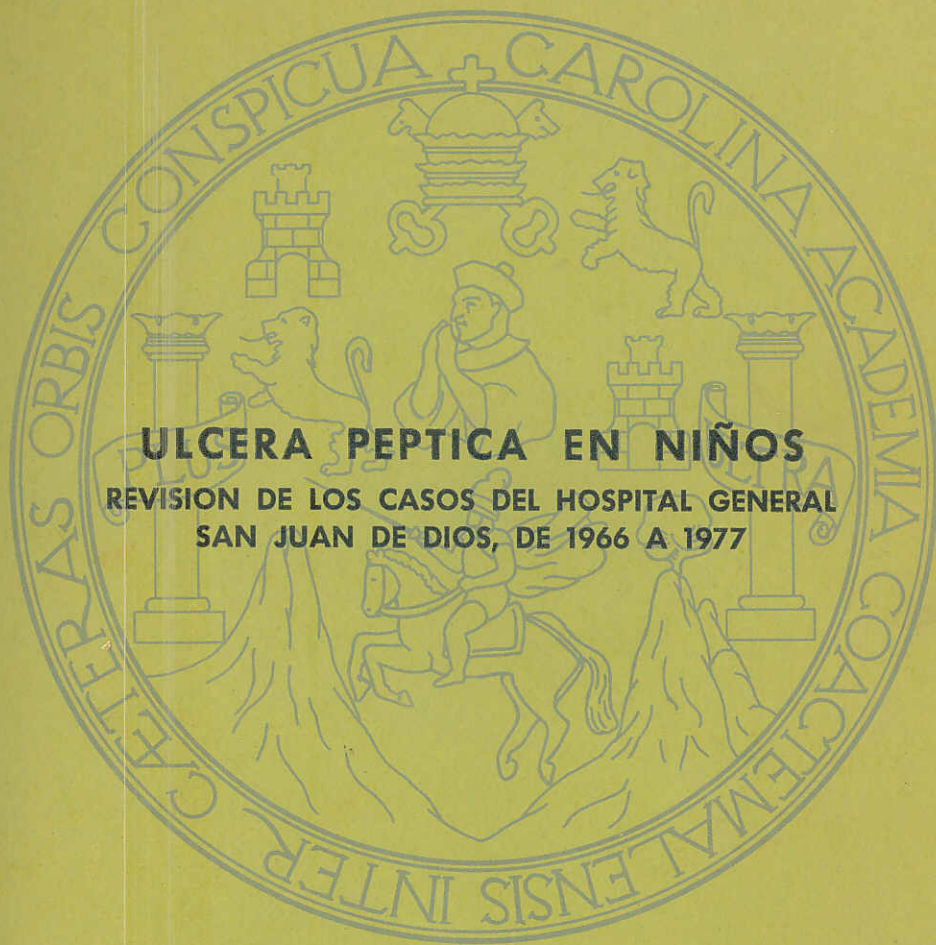


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ULCERA PEPTICA EN NIÑOS
REVISION DE LOS CASOS DEL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS, DE 1966 A 1977

JOHN BELFIELD VELASQUEZ

1978

PLAN DE TESIS

I.	INTRODUCCION	1
II.	MATERIAL Y METODOS	3
III.	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
IV.	PRESENTACION DE LOS CASOS ENCONTRADOS	7
V.	ANALISIS DE LOS CASOS	11
VI.	CONCLUSIONES	12
VII.	RECOMENDACIONES	13
VIII.	BIBLIOGRAFIA	15

I. INTRODUCCION

La presencia de enfermedad péptica en los niños sugiere que la infancia ha dejado de ser el intervalo de felicidad y despreocupación que conocíamos. Esto implica que los niños de hoy reaccionan a los mismos estados tensionales del adulto con una respuesta adulta, la úlcera péptica.

La primera descripción de úlcera péptica en el niño fue hecha por Cruveilhier en 1829, desde entonces se han comunicado más y más frecuentemente casos de ulceración péptica estomacal y duodenal en niños y lactantes, incluyendo un caso de ulceración in utero.

Me atrevería a decir sin temor a equivocarme que el niño con úlcera es el resultado de una familia con problemas.

Nació la idea de este trabajo con el fin de presentar los casos encontrados en una revisión retrospectiva de 11 años en el Hospital General San Juan de Dios, los casos encontrados fueron cuatro, pero la frecuencia de la úlcera infantil en Guatemala es probablemente más elevada que la que se discute en esta casuística.

II MATERIAL Y METODOS

Para realizar el presente trabajo se siguió el procedimiento descrito a continuación:

a) *Trabajo de investigación de casos clínicos.*

- 1- *Se buscó en los archivos de Patología del Hospital General San Juan de Dios los pacientes quirúrgicos reportados con úlcera péptica comprendidos entre 0 y 12 años.*
- 2- *El período investigado fue de 1966 a 1977 habiéndose encontrado en ese tiempo cuatro casos.*

b) *Revisión Bibliográfica:*

Para esta parte del trabajo se utilizó algunos libros de texto de medicina y cirugía y principalmente artículos provenientes de revistas especializadas, escogidos con ayuda del *Index Medicus*.

III. REVISION BIBLIOGRAFICA

DEFINICION:

“Úlcera péptica es una pérdida netamente circunscrita de tejido que incluye mucosa y submucosa y capa muscular en zonas del tubo digestivo expuestas al jugo gástrico que contiene ácido y pepsina”.

ULCERA PEPTICA EN NIÑOS

Antiguamente era considerada rara, ahora debe reconocerse como una causa importante de morbilidad en niños. En la etapa neonatal las úlceras en las vías gastrointestinales superiores suelen ser agudas más que crónicas y con frecuencia son secundarias a quemaduras (úlceras de Curling), tratamiento intenso con esteroides, lesiones neurológicas e infecciones graves.

Las úlceras gástricas se presentan con mayor frecuencia en la primera infancia. Las duodenales son más frecuentes en los niños mayores.

La frecuencia de la úlcera infantil probablemente es más elevada que en la casuística conocida porque:

- a) *Los síntomas en el niño son leves y atípicos y el niño no los describe bien.*
- b) *A menudo el diagnóstico no se hace si la úlcera no sangra o se perfora.*
- c) *Existe una renuencia a radiografiar al niño.*
- d) *Los cráteres de la úlcera son más difíciles de demostrar en el niño que en el adulto.*

La úlcera neonatal acostumbra a asociarse con otra enfermedad grave. Frecuentemente hay varias úlceras que son pequeñas y superficiales.

El cuadro clínico es parecido a cualquier otra causa de abdomen agudo usualmente hay melena y es menos frecuente la hematemesis o perforación. Estas úlceras o se curan pronto o bien necesitan cirugía o son fatales. La úlcera neonatal es más que todo gástrica y es primaria.

Hasta la edad de dos años los síntomas usuales consisten en hemorragia o dolor abdominal vago y vómitos. Puede producirse la perforación.

De los 2 a los 9 años el dolor abdominal no complicado se hace más común, pero la melena acostumbra a ser el síntoma que lleva al diagnóstico. El dolor suele ser atípico más bien del tipo de calambres que de pirosis y más periumbilical que epigástrico. Son frecuentes anorexia, vómitos, dolor de cabeza tensional y factores psicológicos.

Un autor italiano propone una clasificación en cuatro tipos según los síntomas y la respuesta a la terapia:

- tipo 1* *Úlcera aguda primaria con perforación o hemorragia (como la que se verifica en el primer año de vida);*
- tipo 2* *Úlcera aguda con sintomatología leve y respuesta pronta a la terapia;*
- tipo 3* *Úlcera crónica resistente a la terapia médica, con posibilidad de hemorragia o de sintomatología obstructiva;*
- tipo 4* *Úlcera aguda, habitualmente con sintomatología dolorosa, secundaria a trauma, proceso infeccioso, tratamiento con esteroides o con otro medicamento.*

En otro estudio reciente en el Hospital infantil de Montreal Canadá se encontró que las úlceras primarias eran exclusivamente gástricas en niños menores de 6 años, mientras que de localización duodenal fue en niños mayores de 6 años. Úlceras primarias fueron localizadas en el antro y en el píloro. Siete de las úlceras secundarias fueron antrales, tres pilóricas y dos en el cuerpo del estómago. La mayoría de las úlceras duodenales se encontraban en el bulbo, dos estaban localizadas después del bulbo y una en la tercera porción del duodeno.

En la literatura revisada se encontró que el síntoma más común fue el vómito y la hemorragia gastrointestinal. El vómito es especialmente prominente en la obstrucción pilórica.

La melena y/o hematemesis es un síntoma también presente, aunque la melena tiende a ser un poco más común especialmente en niños mayores.

Se ha comprobado que la hemorragia casi siempre precede a la perforación. La incidencia de complicaciones (hemorragia y obstrucción pilórica) en pacientes con úlceras primarias es elevada.

En la serie de pacientes canadienses no hubo perforaciones en úlceras primarias, sin embargo el 10o/o tenía evidencia de obstrucción pilórica, de los cuales en dos casos hubo necesidad de cirugía. La perforación a la cavidad peritoneal se ha visto aun sin hemorragia. Las úlceras de Stress en el adulto suelen ser múltiples, mientras que en el niño usualmente son únicas.

ROENTGENOGRAFIA

No hay manera —exceptuando la cirugía— de saber con seguridad si el paciente tiene una úlcera duodenal si no se puede comprobar radiográficamente. Los grandes nichos de úlcera no se presentan en el niño, y por lo tanto el radiólogo debe dedicarse a buscar meticulosamente un nicho pequeño poniendo una atención muy especial al bulbo duodenal irritable. Para encontrar el nicho de la úlcera en el niño se puede necesitar más de un estudio radiográfico. Generalmente no está presente la deformación en trébol del bulbo duodenal. El piloroespasma y la hipersecreción no son diagnósticos ya que son demasiado comunes en los niños sin úlceras para usarlos como parámetros para diagnóstico.

TERAPIA

Médica:

En el recién nacido o en el lactante la úlcera se cura de una vez cuando se elimina la causa. La úlcera por stress en el niño afortunadamente responde bien al tratamiento conservador. El niño ulceroso ya mayor debe ser tratado, pero la regla del Dr. Ingelinger "Dejemos que el ulceroso se pueda alimentar a su gusto" se aplica todavía más a los niños. Debe ponerse énfasis en lo de comer a menudo, se deben prohibir muy pocos alimentos, y no se debe trazar ningún programa dietético. Los antiespasmódicos casi nunca se necesitan y la mayoría de los niños prefieren la leche a los antiácidos. A veces puede estar indicado un sedante moderado como el fenobarbital.

Quirúrgica:

La úlcera péptica durante la niñez sólo necesita cirugía en los casos de complicaciones. La perforación simple obliga a la inmediata intervención quirúrgica, o la obstrucción. En el Hospital de Pediatría de Montreal otra complicación que consideraron ellos es el dolor rebelde. En la mayoría de los casos la vagotomía y la piloroplastia son el método de elección. Esta operación no deja secuelas significativas y no afecta el crecimiento. Esta operación es de elección en la úlcera aguda de la infancia.

Personalidad:

La úlcera péptica del niño mayorcito es frecuentemente el resultado de una familia con problemas. Son niños por lo regular con falta de afecto, amor y seguridad. Algunos de estos niños sufren también de dolores de cabeza de origen tensional.

PRESENTACION DE LOS CASOS ENCONTRADOS

Primer caso:

Se trata de C.A.C.S. paciente de 1 año a 6 meses masculino. Fue admitido en la emergencia de pediatría por deposiciones con sangre de 18 horas de evolución. El niño según refirió la madre había estado bien antes. El examen físico reveló un niño en regulares condiciones generales levemente deshidratado, el abdomen estaba distendido los ruidos intestinales algo disminuidos, y efectivamente al examinar el recto había salida de sangre roja. Se pensó en la posibilidad de un divertículo de Meckel y con esta impresión clínica fue llevado a sala de operaciones, en donde se encontró en la exploración un divertículo de Meckel con una úlcera péptica activa aproximadamente a 60 cm. encima de la válvula ileocecal. El diagnóstico patológico de la pieza fue el de un divertículo de Meckel con úlcera péptica activa. La evolución del paciente fue satisfactoria.

Segundo Caso:

C.R.C. de 4 años de edad de sexo masculino que fue llevado a la sala de emergencia por presentar hematemesis y melena. A su ingreso el paciente presentaba palidez generalizada e

hipotensión. El abdomen era doloroso, los ruidos estaban aumentados en frecuencia e intensidad. El lavado gástrico y el tacto rectal fueron positivos para sangre. Con la impresión clínica de una úlcera gástrica sangrante se le intervino encontrando en la exploración una úlcera gástrica que sangraba localizada en el antro. Se le efectuó una biopsia en cuña de la úlcera, la cual fue reportada como una necrosis con inflamación aguda y crónica, sin evidencia de malignidad (úlcera péptica crónica activa).

Tercer Caso:

E.C. de 5 años de edad de sexo masculino, traído a la emergencia por presentar cuadro de hematemesis y melena de dos días de evolución. A su ingreso se encontró un niño en malas condiciones generales deshidratado, hipotenso. El examen físico del abdomen reveló un abdomen rígido con ausencia de ruidos intestinales, difícil de palpar. El paciente luego de estabilizarle sus signos vitales fue llevado a sala de operaciones, encontrándose a la exploración una úlcera perforada a nivel de yeyuno. El diagnóstico patológico fue el de una úlcera péptica aguda y crónica perforada. La evolución del paciente fue satisfactoria.

Cuarto Caso:

D.G.J. de 45 días de edad sexo femenino, fue llevada a la emergencia de pediatría por hematemesis. A la evaluación de ingreso se encontró como hallazgos positivos al examen físico una niña deshidratada el abdomen era rígido con ausencia de ruidos intestinales. Con el diagnóstico de perforación de una úlcera fue intervenida quirúrgicamente encontrándose a la exploración una úlcera gástrica que estaba perforada, en este caso se efectuó un cierre primario de la úlcera y una piloroplastia. La evolución de la paciente fue satisfactoria.

V ANALISIS DE LOS CASOS

Como podemos observar el sexo que predominó fue el masculino y sólo hubo un caso de una paciente femenina. El paciente de más edad fue de 5 años y el de menor edad de 45 días.

Si analizamos el motivo de consulta nos damos cuenta que fue la hematemesis y la melena las que predominaron, como síntoma principal. Todos los pacientes fueron operados, en uno de ellos se encontró un divertículo de Meckel con una úlcera péptica activa. En dos pacientes se encontró una úlcera gástrica perforada. En uno de los casos la úlcera estaba localizada a nivel de yeyuno.

Ninguno de los pacientes estudiados tenía antecedentes de haber estado ingiriendo algún tipo de droga que pudiera haberles provocado los síntomas gástricos.

El tratamiento quirúrgico que se utilizó en los pacientes en los cuales tenían úlcera gástrica fue de una piloroplastia y vagotomía. Al paciente con úlcera del yeyuno se le efectuó una resección intestinal y anastomosis término terminal. En el caso del divertículo de Meckel se resecó intestino y el divertículo.

La evolución de estos pacientes fue satisfactoria. Lamentablemente no se pudo encontrar más datos con respecto al seguimiento posterior de estos pacientes cuando fueron dados de alta.

VI CONCLUSIONES

- 1— Es importante hacer notar al médico que trata a un niño con dolor abdominal que la ulceropatía péptica ataca con bastante frecuencia a los niños.
- 2— El diagnóstico depende de estar conciente del problema y por lo tanto la frecuencia siempre variará según la acuosidad del clínico y la habilidad del radiólogo para encontrarla.
- 3— La incidencia en nuestro medio ha de ser mucho más elevada, pero muchos niños mueren sin haberlos llevado al hospital, esto es con respecto a los de la capital y si se tomara en cuenta los casos que pudieran ocurrir en el interior de la república, la incidencia sería con seguridad más elevada.
- 4— Considero que la úlcera péptica infantil continuará aumentando, ya que los niños actualmente están más expuestos a situaciones de Stress en edades cada vez más jóvenes.

VII RECOMENDACIONES

- 1— Después de descubrir una úlcera péptica en un niño es conveniente de parte del médico investigar a toda la familia para guiarla y aconsejarla en el manejo del niño ulceroso.
- 2— Tener presente que la cirugía para la úlcera péptica en el niño debe reservarse para las complicaciones.
- 3— Recurrir de ser posible al intensificador de imagen para diagnosticar por rayos X la úlcera péptica, recordando siempre que se puede necesitar más de un estudio radiográfico para hacer el diagnóstico.
- 4— El clínico debe recordar que los síntomas de úlcera péptica en el niño son leves y atípicos y el niño no los describe bien lo que hace más difícil el diagnóstico.

VIII BIBLIOGRAFIA

- 1— Davis Christopher. *Tratado de Patología Quirúrgica*. Tomo I. Editorial Interamericana. Edición 1974.
- 2— Deckelbaum R. J. *Peptic Ulcer Disease a Clinical Study in 73 Children*. Canadian Med. Assoc. J. 111; 225-8 Agosto 1975.
- 3— Medina E. *Epidemiologic aspects of peptics ulcer in Chile* Rev. Med. Chil 104 (3): 178-86 Marzo 1976.
- 4— Muggia A L. *La úlcera péptica vista por un pediatra*. Medcom Inc. Fort. Washington 1974.
- 5— Oliveri M. *Gastroduodenal ulcer in Children*. Minerva Pediatric 27 (21): 1195—206 Junio 1975.
- 6— Smith C. W. *Massive Hemorrhage from múltiple gastric ulcers in the Nexborn*. N. C. Medical Journal 36 (2): 97—9 Febrero 1975.

Br.

Asesor

Revisor

Director de Fase III

Secretario General

Vo. Bo.

Decano