

11237
2e)
26



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA MEDICA
HOSPITAL GENERAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
I. S. S. T. E.

**Revisión de las Ulceras Gastroduodenales en
la Edad Pediátrica
(Presentación de un Caso Clínico)**

Vo. Bo.



Tesis de Postgrado

QUE PARA SUSTENTAR EXAMEN DE:
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA
P R E S E N T A :

Dr. Ramón Córdova González

MEXICO, D. F.

MARZO / 80

X436/C67n 1980

FALLA DE ORIGEN

3:0655
R:0654



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	Pág.
Introducción	1
Etiopatogenia	2
Manifestaciones Clínicas	4
Diagnóstico	6
Diagnóstico Diferencial	8
Tratamiento	9
Pronóstico	11
Caso Clínico	12
Evolución	13
Exámenes de Laboratorio y Gabinete	13
Radiografías	15
Conclusión	17
Bibliografía	18

INTRODUCCION.

Desde la época de los años cuarenta se afirmaba en la clásica obra de Brannemann "la úlcera péptica en los niños ciertamente no es una enfermedad común" (3); en décadas siguientes se continuaron haciendo afirmaciones similares en los textos (4-7); sin embargo, en la mayoría de ellos se señalaba también la posibilidad de una frecuencia mayor, no reconocida por falta de datos estadísticos y por falta de precisión en los diagnósticos. En trabajos más recientes ya se afirma: "la úlcera péptica infantil ya no es considerada como una enfermedad rara" (8). Esta categórica afirmación deriva de los extensos estudios realizados por autores como Tudor (9), Seagram (10), y otros, - quienes aun cuando no coinciden en sus cifras, señalan frecuencias de 1,9 % casos de úlceras pépticas en promedio por año considerando informes de diversas regiones de Estados Unidos y Canadá. En algunas - clínicas especializadas, la frecuencia llega a ser tan alta como 10 % de todos los pacientes estudiados radiográficamente por patología gástrica o en general mal definida (9).

Von Siebold fué el primero en describir en 1826, el caso de un niño de dos días de edad con úlcera gástrica. Posteriormente en 1829, Cruveilhier reportó tres casos más. En 1834 Hecker y Guhl notificaron del primer caso de úlcera duodenal. En 1931 Lindau y Wulff describieron las úlceras pépticas relacionadas con divertículo de Meckel (1), y hasta 1941 con la aparición del trabajo de Bird, Limper y Wayer (2), se realizó la primera revisión extensa del tema llamando la atención hacia aspectos clínicos que habían sido previamente mal valorados y destacando que la sintomatología variaba según la edad del paciente. A partir de este momento se va acentuando progresivamente el interés en esta patología y los reportes al respecto se encuentran con frecuencia creciente.

.../...

En forma indirecta se ha obtenido también evidencia en relación a la frecuencia de esta patología, ya que en estudios de pacientes ulcerosos adultos, se ha comprobado que muchos de ellos han iniciado su sintomatología en edades pediátricas; así, se encuentran cifras que oscilan desde 18 y 42 % (9), hasta 50 % (11), de adultos ulcerosos que iniciaron su sintomatología entre los 10 y 18 años de edad. Con referencia al sexo, es dos veces más frecuente en los niños que en las niñas (2, 8, 9, 12), aunque en otros trabajos se reporta una relación de 4 a 1 a favor de los varones (11).

Puede encontrarse en cualquiera edad pediátrica, pero predomina entre los 7 y 15 años.

La localización más frecuente es la duodenal en proporción de 9 a 1 respecto a las gástricas (9, 12) excepcionalmente pueden coincidir — ulceración gástrica y duodenal.

ETIOPATOGENIA.

Se sabe que en la mayoría de casos de Úlcera péptica primaria, no es posible demostrar la causa etiológica, logrando sólo sospechar y a veces demostrar las causas predisponentes.

Se ha establecido una clara relación de causa a efecto entre la ingestión de ciertos medicamentos y la presentación de úlceras, siendo los más frecuentemente incriminados la aspirina, corticosteroides, reserpina, antimetabolitos y cápsulas con cubierta entérica que contienen potasio (8, 12, 13).

Hay ciertas entidades patológicas en el síndrome de Zollinger-Ellison, en que se ha reconocido una "diátesis ulcerogénica" (5, 9, 12).

Otras entidades capaces de "producir" ulceraciones, son lesiones del sistema nervioso central, quemaduras, hipertensión pulmonar, insuficiencia respiratoria del recién nacido, hipoxia, estenosis congénita del píloro, infecciones, traumatismos, radiaciones, ictericia, intervenciones quirúrgicas, etc. (12-15) sin embargo, como podrá apreciarse, algu

nas de estas causas sólo actúan en determinados grupos de edad o en condiciones muy particulares y se sabe que producen fundamentalmente ulceraciones agudas, por lo que no es posible hacer generalizaciones -aquí que darían incluidas las llamadas úlceras de Curling, de Cushing, úlceras de tensión- para las cuales se ha propuesto la interesante hipótesis de que sean causadas bajo condiciones de gran tensión, por el paso de productos bacterianos derivados de la flora intestinal a la circulación y eventualmente produzcan estimulación del sistema nervioso central a nivel del hipotálamo, aumentando los impulsos por el sistema nervioso autónomo y produciendo así la ulceración (15). Esa teoría tiene el inconveniente de referirse sólo a casos infecciosos. Un planteamiento más amplio según Skillman (16), sostiene que la gran variedad de casos en que se observan este tipo de ulceraciones, sugiere una patogénesis variada, con un común denominador que sería la disrupción funcional de la mucosa gástrica y duodenal. Considera este autor que las condiciones de tensión producirían estimulación hipotalámica y "es posible que la dominancia secuencial del control hipotalámico anterior y posterior pueda resultar en una disminución del torrente circulatorio de la mucosa gástrica y aumente la susceptibilidad a la digestión de la mucosa".

Otros estudios enfatizan también la importancia del hipotálamo en la patología gastroduodenal, (17).

Sin embargo, en el caso de la úlcera péptica primaria de evolución crónica, no ha sido posible precisar los mecanismos íntimos de producción ya que incluso los estudios realizados en niños respecto a alteraciones de la acidez gástrica han fallado por completo, pues se ha demostrado que los niveles de variación normal son tan amplios que incluyen por igual a niños sanos y a niños ulcerosos, y no ha sido posible establecer una relación directa entre alteraciones de acidez gástrica y ulceración (8-10).

Se han realizado también estudios experimentales tratando de probar la teoría de que la úlcera se produce en mucosa atrófica preexistente - -

(18); sin embargo, no es posible extrapolar estos estudios en animales al hombre, ni explica porque se produciría la atrofia previa a la ulceración.

Tanto en niños como en adultos se ha invocado la influencia de factores emocionales (5-9, 19); aún cuando es una referencia frecuente, sólo en un estudio se ha precisado con exactitud esta relación (9) que ha sido de 17 % de niños con problemas emocionales coincidentes con úlcera péptica.

Se ha postulado también que la presencia de una masa colular aumentada, tanto en el cuerpo como en el fundus gástrico, condicionan una mayor producción de ácido y pepsina y a través de ello la ulceración.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Como se ha mencionado, desde los trabajos de Bird, Limper y Meyer (2), se ha enfatizado que las manifestaciones clínicas son diferentes en pacientes de diversas edades; por ello debe señalarse que el cuadro clínico consistente en dolor epigástrico, corrosivo o terebrante, con ritmo y periodicidad y que disminuye de intensidad o desaparece con la ingestión de alimentos o con los vómitos, es algo que los autores coinciden en señalar como excepcional en los niños (5-10, 12, 20, 23).

En términos generales, cuanto más pequeño es el paciente, más inespecíficas son las manifestaciones clínicas, de tal manera que suelen manifestar dolor periumbilical o generalizado y sin la relación de atenuación por los alimentos, por el contrario, es más común que mencionen presentar el dolor al ingerir los alimentos. En muchas ocasiones, las manifestaciones de sangrado son las primeras en presentarse, en forma de hematemesis desde muy escasas hasta masivas (4-9, 12).

La melena se reporta con menor frecuencia, lo que puede deberse a fallas de observación de los familiares del niño, además que se ha comprobado

que una pérdida diaria de 2 ml de sangre por las hecas no tñe de negro las materias fecales ni da resultado positivo con la prueba del guayaco (9), pero si origine anemia.

Conforme aumenta la edad, la sintomatología se va asemejando progresivamente más a la del adulto, sin igualar la de éste. El dolor que refiere el niño está mejor localizado al epigástrico; suele ser referido como "cólico" que se presenta durante la ingestión de alimentos y después de los mismos. Los vómitos en general son poco frecuentes y no siempre disminuyen la intensidad del dolor.

La característica de recurrencia del dolor obliga a pensar en esta posibilidad diagnóstica, aunque como se verá más adelante, puede prestar se a confusión, ya que este dato de dolor abdominal recurrente es extraordinariamente frecuente en los niños por múltiples causas (20, 23).

La presencia de hemorragia en los escolares y adolescentes es bastante más confiable para este diagnóstico, pues aunque la incidencia de su grado gastrointestinal severo como resultado de úlcera gastroduodenal es desconocido (21, 25) se considera que ocupa alrededor del tercer lugar en frecuencia en estos grupos de edad y su asociación con otras manifestaciones clínicas como el dolor ya mencionado y la presencia en grado variable de inquietud, tensión, ansiedad, perfeccionismo, fobias, etc., deben orientar la sospecha diagnóstica.

De todas formas, en uno de los trabajos más completos sobre este tema, Tudor (9), insiste en que "cualquier síntoma o signo de enfermedad gástrica o duodenal puede depender de ulceración". Este mismo autor ha propuesto establecer una clasificación que según los síntomas y la respuesta al tratamiento, ya está en uso en diversas instituciones y en el Registro de Úlceras Pépticas Infantiles, encargado de compilar casos inéditos y publicar reportes periódicos al respecto. La clasificación mencionada es la siguiente:

.../...

Úlcera tipo I: Es una úlcera primaria y aguda, que se manifiesta por hemorragia o perforación y que ocurre principalmente durante los dos primeros años de edad.

Úlcera tipo II: Es aguda, se manifiesta por síntomas leves o moderados, responde bien al tratamiento médico y cicatriza en menos de doce semanas.

Úlcera tipo III: Es crónica (síndrome ulceroso crónico); su sintomatología es más típica, cursa con cierta rebeldía al tratamiento y da remisiones seguidas de exacerbaciones.

Úlcera tipo IV: Es aguda aguda e indolora, secundaria a accidentes, cirugía, infección, fármacos, etc.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se apoya en dos bases fundamentales, la clínica y la radiología. Como se ha mencionado anteriormente, es indispensable conocer — las variantes notables del cuadro clínico según la edad del paciente y una vez establecida la sospecha clínica, se deberá tratar de comprobar con estudios radiográficos consistentes en serie esofagogastroduodenal y fluoroscopia.

Todo paciente que presenta dolor abdominal recurrente y más si ha presentado manifestaciones de sangrado del tubo digestivo, debe ser estudiado en forma completa incluyendo valoración por radiólogo competente en el campo pediátrico gastroenterológico, pues se ha demostrado que algunas características que en el adulto son sugestivas de ulceración, como imagen de mucosa engrosada y "patrón de irritabilidad duodenal", en los niños no necesariamente corresponden a patología e incluso pueden hallarse presentes en niños totalmente asintomáticos y sin patología demostrable (8, 9, 26). Algunos de estos cambios pueden ser condicionados por la falta de manejo adecuado del paciente por parte del personal de radiología, particularmente tra-

tándose de niños nerviosos sometidos a una serie de manipulaciones en cuarto oscuro con aparatos que desconocen. En diversos trabajos se insiste - (9, 26), en la importancia capital que tiene el manejo previo por parte - del radiólogo que al ganarse la confianza y colaboración del niño, le permite realizar el estudio en menor tiempo y obtener mejores resultados. Esto es importante, porque la morfología y las características funcionales como distensión y peristaltismo, son mucho más variables que en el adulto y se requiere la impregnación del nicho ulceroso para evidenciar la presencia de úlcera, lo cual puede resultar bastante difícil en algunos pacientes en los que el rápido peristaltismo duodenal impide esta impregnación.

Se ha recomendado que el paciente que presenta sangrado masivo de tubo digestivo, si es lactante o preescolar, debe ser estudiado inicialmente con angiografía visceral (25), dejando para una etapa subsiguiente los estudios con bario; en cambio, si el sangrado es crónico, el estudio con bario es el de primera elección.

Algunas técnicas modernas han ampliado considerablemente el campo de acción de la radiología, incluyendo angiografía visceral (25), embolización selectiva arterial (25-27), oclusión arterial con catéteres especiales (25, 28), así como la aplicación de infusión arterial de vasopresina para control de hemorragias gastrointestinales (29). Estos procedimientos consiguen resultados espectaculares en el manejo de dichos problemas en adultos y plantean la posibilidad de una pronta aplicación en los niños en cuanto se cuente con equipo diseñado especialmente para ellos. Desde luego, a la fecha son técnicas sofisticadas, al alcance sólo de unas cuantas instituciones, pero los resultados son tan espectaculares que los autores sugieren (25, 30), que en cuanto se logren controlar los problemas derivador de los altos costos de los equipos, seguramente se constituirán en métodos de aplicación mucho más frecuente que lo son a la fecha.

En relación con métodos de diagnóstico, también están en rápido desarrollo las técnicas de endoscopia en los niños (24, 30, 31), para las cuales se cuenta ya con importante experiencia que permite prever que en un tiempo más bien corto se contará también con este recurso particularmente útil en los casos en que los estudios radiográficos no son concluyentes para fundamentar el diagnóstico. Este método es tan efectivo y se ha logrado realizar con tal margen de seguridad, que se ha aplicado incluso en niños de un mes de edad (24, 31, 32), y se trata de aplicarlo en un número cada vez mayor de casos.

Otros métodos que en el adulto son útiles, como la determinación de acidez gástrica, ya se ha señalado que no lo son en los niños, salvo en el caso muy particular de que se quiera comprobar que existe hipersecreción, como ocurre en el síndrome de Zollinger-Ellison. También es útil después de la cirugía gástrica, en que el análisis ha comprobado que la operación tuvo éxito (9).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Seguramente que hay muchos niños con úlceras pépticas en quienes nunca se establece el diagnóstico correcto y quedan sólo clasificados como síndromes dolorosos abdominales de repetición (5-9, 20, 23). La situación contraria también puede ocurrir, como es la de diagnosticar úlceras sin establecer adecuadamente la fundamentación clínica y radiológica y eventualmente endoscópica, particularmente en el caso de médicos interesados sólo en esta entidad.

Hay entidades que se deben tener en mente, por ser factible que se manifiesten por dolor abdominal, vómitos, hematemesis y melena sin que exista úlcera; estos son:

Divertículo de Meckel.
 Estenosis pilórica.
 Várices esofágicas.
 Malformaciones congénitas (hernia del hiato esofágico, duplicación del intestino delgado).

.../...

El diagnóstico puede ser muy difícil de establecer en otros casos, como los de dolor abdominal recurrente por trastornos emocionales, que se reportan como mucho más frecuentes de lo que cabría esperar de primera intención (19) y en caso de manifestaciones abdominales de epilepsia, fibrosis quística con perforación, oclusión de la arteria mesentérica, peritonitis neonatal, púrpura anafilactoide, colecistitis y colélitiasis y otras menos frecuentes.

Algunos autores han señalado que la alergia por alimentos, especialmente a la leche de vaca, puede ocasionar dolor recurrente que haría sospechar ulceración (21, 22), sin que en realidad exista. En uno de los estudios más extensos realizados respecto al dolor recurrente, Apley — (23), señala que el dolor causado por parasitosis intestinal es mucho menos frecuente de lo que se afirma tradicionalmente; sin embargo, reconoce que esta situación puede ser diferente "en países tropicales".

Por todo lo anterior, se puede afirmar que si un niño presenta manifestaciones de sangrado, se debe pensar en una posible úlcera, pero obviamente se deberá contar con historia clínica completa y los estudios paraclínicos procedentes. Ayuda a precisar el diagnóstico la exploración física, que en los casos de úlcera suele ser negativa, salvo por las manifestaciones de anemia o de complicaciones que pueda presentar el niño (perforación, obstrucción intestinal); sin embargo, se deben buscar intencionalmente los puntos dolorosos del epigastrio que en algunos casos pueden ser positivos.

TRATAMIENTO.

Para la úlcera péptica primaria, con tendencia a presentar remisiones y exacerbaciones, el tratamiento de elección es médico. La hospitalización se requiere en los niños con menor frecuencia que en los adultos y sólo se recomienda en los casos con serios problemas emocionales familia-

.../...

res en que es recomendable separar al niño una corta temporada, mientras se realizan estudios completos y se favorece así también un cambio de ambiente. También está indicada la hospitalización en los casos complicados con hemorragia activa, perforación u obstrucción.

El tratamiento inicial incluye control de alimentación evitando particularmente caldo de carne, té, café, especias, chile, y bebidas gaseosas que aumentan la secreción gástrica (8, 9).

Para úlcera activa se recomienda leche cada hora hasta que el dolor haya desaparecido, ya que las úlceras tienen gran tendencia a cicatrizar, especialmente en cuanto se establece el tratamiento. Cuando se ha controlado el dolor, se añaden poco a poco alimentos que el paciente acostumbra, pero manteniendo un esquema de cinco alimentos al día (desayuno, comida y merienda, con refrigerios a media mañana y a media tarde). Se debe indicar a la madre que no se debe modificar la dieta normal de la familia, a menos que esta sea evidentemente inadecuada.

El uso de medicamentos para disminuir la acidez incluye la prescripción de antiácidos que neutralizan el ácido después que se ha secretado y los anticolinérgicos que bloquean los estímulos para la producción del ácido. Los primeros se recomiendan una hora después de cada alimento y los segundos, en tres tomas al día, inmediatamente después de ingerir alimentos (desayuno, comida y merienda).

En los pacientes más nerviosos, puede ser necesario añadir un sedante. El uso de congelación gástrica y radiaciones no se utilizan, pues son métodos abandonados por su inutilidad.

El uso de la cirugía se reserva para los casos complicados con perforación, hemorragia masiva u obstrucción (2, 8, 9, 33, 34). La perforación suele presentarse más comúnmente en menores de 2 años con ulceraciones agudas, en tanto que en los escolares y adolescentes con enfermedad ulcerosa crónica

esta complicación es menos frecuente. El procedimiento quirúrgico de elección ha sido ampliamente discutido, particularmente porque en años anteriores se desconocía la influencia que la gastrectomía parcial o total podía tener en el crecimiento o desarrollo del niño; sin embargo, en estudios y valoraciones amplias, se ha comprobado que esas intervenciones son compatibles con un crecimiento y desarrollo normales de los pacientes (9, 33, 34), aún después de gastrectomía total realizada antes de los dos años de edad.

El procedimiento de elección está entre los tres siguientes:

- a) Gastrectomía subtotal de 2/3 a 3/4 partes del estómago.
- b) Vagotomía y procedimiento de drenaje (piloroplastia o gastroyeyunostomía).
- c) Vagotomía y antrectomía (resección del 50% del estómago).

La mayoría de los autores tienden a recomendar como mejor al último de los procedimientos señalados (vagotomía y antrectomía) ya que presenta mucho menor incidencia de complicaciones posteriores.

El uso de otros métodos de tratamiento ya estudiados en adultos, pero un tanto rebuscados, como la aplicación transcraneal de corriente pulsátil de baja frecuencia (35), sólo proporciona mejoría transitoria y no se ha probado en pacientes pediátricos.

PRONOSTICO.

Suele ser desfavorable en el neonato o lactante con ulceración aguda y perforación. En cambio, en el escolar y adolescente con ulceración crónica, el pronóstico es mucho más benigno pues aún cuando puede presentar complicaciones, sus condiciones generales suelen permitir mejor recuperación de intervenciones de urgencia y suelen presentar también menos complicaciones postquirúrgicas.

CASO CLINICO.

V.R.E. Masculino, 12 años.

AHF: Padre de 54 años de edad, diabético de 4 años de evolución, actualmente controlado. Madre de 48 años de edad, aparentemente sana. Tío paterno con antecedentes de sangrado de tubo digestivo alto por probable cirrosis, edad 40 años. Cinco hermanos en aparente buen estado de salud.

APNP: Producto de la IV gestación, de término cursando sin complicaciones, obtenido mediante autocia, con peso al nacer de 3,500 kgs con neonatal sin complicaciones, desarrollo psicomotor normal, alimentación adecuada. Inmunizaciones unicamente se refiere antivaricelosa y BCG. Proviene de nivel socioeconómico y cultural medio, con buenos hábitos higiénicos. Escolaridad 1º de secundaria. Niega la ingesta de bebidas alcohólicas y fármacos.

APP: Gastroenteritis a los 6 años, cuadros de faringoamigdalitis ocasionales; traumatismo abdominal seis meses previos a su ingreso al ser golpeado contra un barandal.

PA: Inicia su padecimiento tres meses antes de su ingreso al presentar dolor localizado a epigastrio, de tipo ardoroso, intermitente, fijo, sin irradiaciones el cual aumentaba con la ingestión de alimentos, recibiendo tratamiento con tabletas de ácido acetilsalicílico, y purgante a base de aceite de ricino, sin que ceda su sintomatología; hasta que cinco días previos a su ingreso presenta hipertermia no cuantificada, y hematemesis en cantidad aproximada a 1,000 cc, aumentando el dolor. Con sultó facultativo quién prescribió Clorfenicol y ácido acetil salicílico, en dosis no especificadas, en forma inconstante durante tres días; continuando el sangrado, negándose melena; por lo que es internado en hospital infantil de zona del DOF en donde se le realizó lavado gástrico con agua helada, aplicación de vit. K, gel de hidróxido de aluminio y magnesio,

.../...

y soluciones parenterales; asimismo se le transfundieron 600 ml de sangre total, siendo trasladado a nuestro hospital en donde a la Exploración Física se le encontró con peso de 38 kgs, temperatura 37,7°C, TA: 90/50. Palidez marcada de tegumentos, hidratación conservada, cardiopulmonar sin compromiso, FC 125x', FR 35x'. Abdomen blando depresible, despertándose dolor a la palpación en forma difusa, sin visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal, peristaltismo disminuido. Llenado capilar retardado. Resto sin importancia.

EVOLUCION.

Se inició tratamiento con lavado gástrico con agua helada cada tres horas, dejando en cavidad gástrica 20cc de gel de hidróxido de aluminio y magnesio, se le transfundieron 600 ml de sangre fresca total en tres ocasiones, cursando posteriormente con dolor localizado a epigastrio de tipo ardoroso postprandial de poca intensidad, presentaba asimismo evacuaciones melánicas, sin que se volviera a repetir el sangrado de tubo digestivo alto; agregándose al manejo dieta tipo C para ulcerooso, lográndose una evolución satisfactoria ya que desapareció su sintomatología, dándose de alta del servicio a los 17 días de hospitalización.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

B.H.: Hb. 5,2, Hto. 18, CMHb. 29, Leuc. 5,400. Grupo y RH O Positivo, Plaquetas 160200. (a su ingreso).

B.H.: Hb. 7,8, Hto. 26, CMHb. 30, Leuc. 6,300. T.P. 13" 100%, T.P.T. 30". (posteriormente a la primera transfusión).

EGO: En límites normales.

B.H.: Hb. 7,2, Hto. 26, CMHb 28, Leuc. 5,300. Na 138, K. 4,8, Cl. 94,6 (al tercer día de su ingreso).

H.B.: Hb 11,0, Hto. 38, CMHb 36, Leuc. 8,000. (a su egreso).

.../...

Coproparasitoscópico seriado (3): Negativos.

Niveles de gastrina: 7ng/ml.

La esofagogastroduodenoscopia demostró signos de esofagitis péptica, moderada a nivel de la unión esofagogástrica, la cual se encontraba a 30 cms de la arcada dentaria. El estómago tiene gran cantidad de jugo gástrico aproximadamente aumentado 3 veces de lo normal (60 ml). A nivel del fundus, la mucosa se encontró edematosa, los pliegues ligeramente hipertroficados con escasa cantidad de sangre digerida sobre la curvatura menor, la mayor y la cara anterior se observaron con tres excavaciones superficiales, recubiertas de fibrina reciente, rodeadas de mucosa congestiva, a nivel de las cuales se tomaron muestras para biopsia y citología exfoliativa. El antro, el píloro, y el duodeno en sus tres porciones tuvieron características normales.

La biopsia reportó gastritis crónica moderada y exudado fibrinoso (compatible con la superficie de una úlcera).

La citología exfoliativa reportó grupos de epitelios cilíndrico con datos de hiperplasia de clase II.

La serie gastroduodenal mostró pérdida del patrón gástrico y engrosamiento de pliegues de mucosa, asimismo se apreciaba nicho ulceroso a nivel del fundus gástrico. El bulbo duodenal discretamente deformado, e imagen de nicho ulceroso en duodeno. (Fotografías 1, 2, 3 y 4).

15.

HOSPITAL GENERAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
I.S.S.S.T.E.
SERVICIO DE PEDIATRIA
ULCERA GASTRODUODENAL

FOTO 1



Se observa pérdida del patrón gástrico, y engrosamiento de pliegues de mucosa así como nicho ulceroso en curvatura menor.

FOTO 2



Engrosamiento de pliegues de mucosa y nicho ulceroso.

.../...

16.

FOTO 3



Discreta deformación de bulbo duodenal y nicho ulceroso.

FOTO 4



Nicho ulceroso.

.../...

CONCLUSION.

Hemos de reconocer la importancia que reviste para el médico pediatra el conocer la existencia de esta patología desde las más tempranas edades de la vida.

Frecuentemente, la sintomatología con dolor abdominal se interpreta como un padecimiento parasitario, prescribiéndose variados tratamientos orientados en ese sentido. En ocasiones es necesario que el niño presente una complicación grave como la hemorragia o la perforación, para que el clínico cambie su apreciación y llegue al diagnóstico de úlcera.

El clásico dolor con ritmo, que desaparece con la ingestión de alimentos o espontáneamente, con períodos más o menos cortos de sintomatología (1 a 4 semanas) y largos períodos asintomáticos, hacen que se le haga poco caso al niño que se queja de un dolor intermitente. Por esto se recomienda que los pediatras y médicos generales estén pendientes de reconocer cualquier síntoma que se presente en el niño y que sugiera una úlcera.

Se incluye el caso de un escolar masculino con historia de dolor abdominal de tres meses de evolución, seguido de un período asintomático, para nuevamente presentar dolor acompañado de sangrado de tubo digestivo alto. El examen clínico y las pruebas de laboratorio y gabinete corroboraron el diagnóstico, evolucionando satisfactoriamente con el manejo establecido.

BIBLIOGRAFIA.

1. Citados por Tudor Robert en *Ulceras Pépticas en la Infancia*. Clin. diat. N.S., 14: 109, 1967.
2. Bird, C.E.; Limper, M.A.; Mayer, J.W.; Surgery in peptic ulceration of stomach and duodenum in infants and children. *Annals of Surgery*, 114, 526, 1941.
3. Brennemann's: *Practice of pediatrics*. WF Prior Company Inc. Vol III Cap. 5 Pag. 21, 1948.
4. White, M. y Dennison, W.: *Surgery in infancy and childhood*. Ed. Livingston LTD p. 132, 1966.
5. Bonnett, H.: *Pediatrics*. Appleton Century Crofts. Ed. 15. Pag. 1638, 1972.
6. Nelson, W.; Vaughan, V. y McKay, J.: *Tratado de Pediatría*, Ed. Salvat Tomo II. Pag. 814, 1974.
7. Kempe, H.; Silver, H. y Obrian, D.: *Diagnóstico y tratamiento pediátricos*. El manual moderno. Pag. 327, 1972.
8. Silverman, A. y Roy, C.: *Gastroenterología Pediátrica*, Ed. Salvat. Pag. 122, 1974.
9. Tudor Robert: *Ulceras pépticas en la niñez*. Clin. Pediat. N.A., 14; 109, 1967.
10. Seagram, C.G.F.; Stephens, C.A. y Cumming, W.A.: *Peptic ulceration at the Hospital for Sick Children, Toronto, during the 20 year period 1949-1969*. *Journal of Pediatric Surgery*, 8: 407, 1973.
11. Barber K.W.; Lynn, H.B.; Dushane, J.H. y Priestley, J.T.: *Surgical treatment of complicated duodenal ulcer in childhood*. *Postgrad. Med.*, 35: 175, 1964.
12. Morin, C. y Davidson, M.: *Pediatric gastroenterology II*, *Gastroenterology*, 52, 713, 1967.
13. Arellano-Penagos, Mario y Portilla Aguilar, J.: *Ulcera gastroduodenal aguda*. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx), 35 : 41, 1975.
14. Sarifema, Carlos; Silva Cuevas, A. y Toledo, R.E.: *Ulcera gástrica perforada en el lactante*. Bol. méd. Hosp. Infant. (Méx), 13: 717, 1950.
15. Rossoff, C.B. y Goldman, H.: *Effect of the intestinal bacterial flore on a cute gastric stress ulceration*, *Gastroenterology*, 55: 212, 1968.
16. Skillman, J. y Silen, W.: *Acute gastroduodenal "stress" ulceration: barrier disruption of varie pathogenesis*. *Gastroenterology*, 59: 478, 1970.
17. Smith, G. y Brooks, F.P. : *Hypotalemic control of gastric secretion*, *Gastroenterology*, 52; 727, 1967.
18. Ritchie, W. y Delaney, J.P.: *Susceptibility of experimental atrophic gastritis to ulceration*, *Gastroenterology*, 61: 554, 1971.
19. Polednak, A.P.: *Some early characteristic of peptic ulcer descendants*. *Gastroenterology*, 67: 1094, 1974.

.../...

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

20. Bain, H.W.: Dolor Abdominal crónico y vago en el niño. Clin. Pediat. N.A., 992, 1974.
21. Crook, W.G.: Alergia alimentaria: el gran mimó. Clin. ped. N.A. 232, 1975.
22. Lobenthal, E.: Cow's milk protein allergy. The Pediat. Clin. of N.A., 22, 827, 1975.
23. Apley, J.: El niño con dolor abdominal recurrente. Clin. Pediat. Clin. of N.A., 63: 72, 1976.
24. Berman, W. y Holtzapple, P.A.: Gastrointestinal Hemorrhage. The Pediat. Clin. of N.A., 22: 885, 1975.
25. White, P.R.: An approach to pediatric gastrointestinal radiology. The Pediat. Clin. of N.A., 22: 851, 1975.
26. Lust, F.J.: Manifestaciones radiológicas de úlcera gástrica y duodenal en niños. Clin. pediat. N.A., 411, 1965.
27. Rosch, J.; Dotter, C. y Brown, M.J.: Selective arterial embolization. Radiology, 102: 303, 1972.
28. Wholey, M.H.; Stockdale, R. y Hung, T.K.: A percutaneous balloon catheter for the immediate control of hemorrhage. Radiology, 95: 65, 1970.
29. Baum, S. y Nusbaum, M.: The control of gastrointestinal hemorrhage by selective mesenteric arterial infusion of vasopressin. Radiology, 98: 497, 505, 1971.
30. Morrissey, J.F.: Gastrointestinal endoscopy. Gastroenterology, 62: 1241, 1972.
31. Gleason, W.A.; Tedesco, F.J., Keating, J.P. y Godstein, P.D.: Fiberoptic gastrointestinal endoscopy in infants and children. The Journal of Pediatrics, 85: 810, 1974.
32. Ament, M.E., Gans, E.L. y Christie, D.L.: Experience with esophagogastroduodenoscopy in diagnosis of 79 pediatric patients with hematemesis, melena of chronic abdominal pain. Gastroenterology 68: A-1, 1975 (Abstract). Citado por Berman W. y Holtzapple P.G. Referencia 24.
33. Moore, T.C.: Gastrectomy in infancy and childhood. I Report of two cases of gastrectomy in early infancy. Annals of surgery, 160: 245, 1964.
34. Moore, T.C.: Gastrectomy in infancy and childhood. II Results of an International Survey Annals of Surgery, 162: 91, 1965.
35. Kotter, G.S.; Henschal, E.O.; Hogan, W.J. y Kalbfleisch, J.H.: Inhibition of gastric acid secretion in man by the transcranial application of low intensity plused current, Gastroenterology, 63: 359, 1975.