

*Referencia:* Brustein, C. L., Margoni, B. A., De Graff, A. C., & Rovenstine, E. A. (1940), *Anesthesiology*, 1, 167.

**Úlcera Péptica en la primera infancia  
y la niñez con una revista de la literatura**

*K. J. Guthrie, Arch. Dis. Childh., p. 82-94, Junio 1942.*

La ulceración péptica en los niños, aunque es una enfermedad rara, está siendo diagnosticada recientemente cada vez con mayor frecuencia. El presente estudio se basa en nueve casos fatales acaecidos en el Royal Hospital de Enfermedades de los Niños de Glasgow. Dichos casos se presentaron en una serie de 6059 autopsias, dos terceras partes de las cuales fueron en niños pequeños lo que da una incidencia de 0.14%.

De los nueve casos cuatro fueron varones, cinco niñas. Se está generalmente de acuerdo en que la distribución por sexos es aproximadamente igual en edad temprana.

Con una sola excepción — la de una nena de 6 años en la cual la úlcera era probablemente de origen traumático — todos ellos eran niños de menos de un año. Seis tenían menos de 3 meses, y el más pequeño sólo tenía 3 días. La aparición de úlcera péptica en los niños pequeños desde el primer día de vida en adelante, ha quedado ampliamente confirmada por otros observadores. La lesión que se considera generalmente como post-natal en sus comienzos, puede desarrollarse muy rápidamente debido a la delicadeza de la pared gastro-intestinal infantil.

Se cree que la frecuencia de la ulceración en el recién nacido sea debida a determinados factores inherentes al nacimiento y al período neonatal. De esto, uno de los más importantes es el trastorno de la circulación duodenal durante el parto. A veces tiene lugar hemorragia efectiva dentro de las paredes. Un área desvitalizada de tal modo se vuelve propensa a digestión por el jugo gástrico, que recientemente ha quedado demostrado (Miller, 1941) que posee una acidez notablemente elevada durante las primeras 48 horas de vida. La introducción accidental en el estómago de instrumentos usados en la resucitación al nacer la criatura, o por hiperperistalsis y vómitos en la estenosis duodenal congénita, puede dar lugar a trauma directo de la mucosa. La infección umbilical con septicemia resultante de ella y el alojamiento de émbolos bacterianos en los capilares de la mucosa gastro-duodenal es otro factor etiológico pecu-

liar del recién nacido, en tanto que en la primera y segunda infancia la irritación de la mucosa puede ser causada por medicamentos o por una alimentación inadecuada.

En niños un poco mayores, el marasmo es una causa importante de predisposición, ya que la mucosa en estos niños tiende a ser delgada y atrófica y de ahí que sea indebidamente vulnerable.

Tanto en los bebés como en niños mayores, la ulceración puede ser provocada por diversos tipos de infección parenteral, incluyendo las quemaduras sépticas. La importancia etiológica de la infección queda bien ilustrada por los casos registrados de úlceras crónicas en los cuales la amigdalitis fué seguida regularmente por exacerbaciones agudas con hemorragia.

A veces, como en siete de los nueve casos que se discuten, las úlceras se presentaron sin causa aparente. De los restantes dos casos, en uno la úlcera se atribuyó a trauma directo y en el otro a irritación causada por drogas.

En ocho de los casos el lugar de la ulceración fué el duodeno, en tanto que en el caso noveno se hallaban afectados tanto el estómago como el duodeno. Se conviene generalmente en que en edad temprana tienen gran preponderancia las úlceras de duodeno sobre las de estómago, y que el resto del intestino se encuentra prácticamente inmune, salvo por una úlcera de vez en cuando que se produce en un islote de mucosa gástrica heterotópica.

Las úlceras duodenales se presentan casi invariablemente sobre la ampolla de Vater en la pared posterior, es decir en la parte más expuesta a la acción del contenido gástrico ácido. En unas dos terceras partes de los casos comunicados en la literatura, la úlcera fué única. Su número varió de 1 a 3 en la pequeña serie presente, y la úlcera mayor tuvo un diámetro de 1.5 cm. La mayor parte de las demás fueron bastante más pequeñas. En cuatro casos, prácticamente todo el espesor de la pared se hallaba afectado, mientras que en el resto de los casos la ulceración era más superficial. En cuatro casos, en la base de la úlcera existía un vaso que sangraba, dando lugar a copiosa hemorragia en tres casos. En ninguno de los casos de úlcera sencilla se había presentado la peritonitis a consecuencia de perforación.

Hemorragia y peritonitis que son las dos complicaciones principales de la úlcera péptica en la infancia dan un pronóstico medio

---

cre. No obstante, de vez en cuando puede producirse la cicatrización espontánea.

El rasgo histológico más notable es la ausencia de alteración inflamatoria, siendo la lesión puramente destructora sin intento de reparación. La falta de respuesta celular confirma la creencia en el curso rápidamente fatal de tales úlceras. Clínicamente, el signo más importante y característico de la úlcera péptica en la infancia es la hemorragia del estómago o intestino. Se dice que no se produce "dolor de hambre", ni existe sensibilidad epigástrica. De los nueve casos discutidos, seis sufrieron en vida hematemesis o melena, precedida en algunos por dispepsia. En los otros tres no hubo nada en la historia clínica que sugiriese la presencia de úlcera. Otros autores han hallado úlceras post-mortem en niños marásmicos o en aquéllos que, al parecer, sufrían sencilla gastro-enteritis. Algunos de éstos tenían hemorragia oculta. En otros casos clínicamente latentes, la primera indicación de úlcera fué la perforación con peritonitis subsiguiente.

Al considerar el diagnóstico diferencial de la hemorragia grave de estómago o intestino en el recién nacido, deberá excluirse cuidadosamente la presencia de úlcera antes de dar a la afección el título de melena neonatorum, aunque no hay duda de que puede tener lugar copiosa pérdida de sangre sin que exista lesión macroscópica evidente. Otras causas de hemorragia intestinal tales como intususcepción, colitis rectal poliposa, deben ser asimismo tenidas en cuenta.

La úlcera péptica pudiera, causando espasmo del píloro, simular la estenosis pilórica hipertrofica, pero la aparición de hematemesis o melena habrá de sugerir el diagnóstico correcto.

Aunque la gran mayoría de las úlceras pépticas en los niños, son agudas, se ha registrado cierto número de lesiones crónicas comprobadas, una en un niño de dos años. Algunos adultos con úlceras crónicas antiguas, recuerdan sus síntomas desde la infancia, y recientes investigaciones en masa llevadas a cabo en la Gran Bretaña en soldados jóvenes con dispepsia, han demostrado que el comienzo de la úlcera en edad temprana no es infrecuente.

El autor concluye que es importante reconocer el hecho de que, tanto las úlceras agudas como las crónicas, pueden presentarse en la infancia y la niñez, ya que de otro modo puede equivocarse el diagnóstico.

*Referencia:* Miller, R. A. (1941) Arch. Dis. Childh. 16 22, (Vease resumen BMIS No. 344.)