

Úlcera gastroduodenal en pediatría.

Dres. A. M. Marin, L. Sasson, E. Guastavino, J.A. Ruiz, V. Cichowolski
Áreas de Cirugía General y Gastroenterología, Hospital de Niños "R. Gutiérrez"
y Hospital de Pediatría "J.P. Garrahan", Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se evaluán 96 pacientes portadores de enfermedad ulceropéptica, durante un período de 9 años, cuyas edades oscilan entre 3 meses y 16 años.

La forma de presentación más común fue la hemorragia digestiva y el dolor abdominal. El síndrome pilórico se vio en el 9% de los pacientes. El 81% tenía antecedentes emocionales, de stress, ingesta de fármacos, infecciones virales; se registraron enfermedades predisponentes: tumores, hipertensión portal y síndrome de Zollinger-Ellison en el 11% y en el 8% restante no se encontraron antecedentes de importancia.

El diagnóstico se realizó por endoscopia. La localización predominante fue en antro pilórico en los menores de 3 años y la curvatura menor y el bulbo duodenal en los mayores. El síndrome pilórico es una forma de presentación poco habitual, ya sea como forma inicial o como complicación de la úlcera.

Se utilizó tratamiento médico con bloqueantes H₂ (ranitidina) y protectores de la mucosa (sucralfato), obteniendo la curación entre los 2 y 3 meses en el 92% de los casos, los restantes debieron ser operados por hemorragia o por estenosis pilórica.

Palabras clave

Úlcera gastroduodenal - Pediatría - Síndrome pilórico.

Introducción

El advenimiento de los fibroscopios pediátricos para el diagnóstico de úlcera en pediatría, ha aumentado la frecuencia del diagnóstico de esta enfermedad (1-2-3). Se ha logrado la certeza diagnóstica con la visualización directa de la lesión, su característica única o múltiple, localización, estado de cicatrización y la presencia de patología asociada.

El objetivo de este trabajo es evaluar la forma de presentación clínica y jerarquizar el diagnóstico endoscópico de un grupo de niños con enfermedad ulcerosa. El control evolutivo y las indicaciones quirúrgicas, de urgencia o ante el fracaso del tratamiento médico.

Summary

Ninety six patients with peptic ulcer disease, aged 3 months to 16 years, were evaluated during a 9 year period.

Gastric hemorrhage and abdominal pain were the most common symptoms encountered. Pyloric obstruction was seen in 9% of the patients.

In 81% of the patients, predisposing factors for peptic disease were detected: emotional disturb, stress, viral infections and drugs ingestion. Related illnesses were also encountered in 11% of the patients: tumors, portal hypertension and Zollinger-Ellison syndrome.

Diagnosis was carried out by endoscopy. The most common location up to three years of age was the pyloric antrum and above that age locations were minor curvature and duodenal bulb.

The pyloric syndrome was of uncommon appearance either as its initial form or as a complication of the ulcer.

Healing within 2 and 3 months in 92 patients of the cases was obtained through medical treatment with H₂ blockers (Ranitidine) and mucose protectants (Sucralphate). The remaining cases were treated with surgery due to haemorrhage or pyloric stenosis.

Index words

Gastroduodenal ulcer - Pediatrics - Pyloric syndrome - Peptic ulcer disease.

Material y método

Desde marzo de 1983 a marzo de 1992 se recopilaron 96 pacientes portadores de úlcera gastroduodenal, vistos en el Hospital de Niños "R. Gutiérrez" y el Hospital de Pediatría "J.P. Garrahan" de Buenos Aires; 52 fueron varones y 44 mujeres, con edades comprendidas entre 3 meses y 16 años. (Fig. 1)

Los síntomas que motivaron la consulta fueron hemorragia digestiva en el 67% de los casos, manifestada como hematemesis y melena, el dolor abdominal en epigastrio que se registró en los pacientes de mayor edad (24%) y vómitos por síndrome pilórico en el 9% restante.

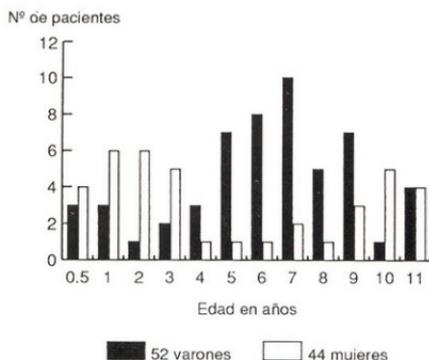


Fig. 1: Población: edad y sexo en 96 pacientes con úlcera gastroduodenal.

El diagnóstico presuntivo se hizo por radiografía seriada esofagogastroduodenal en 18 pacientes. Los 96 niños fueron estudiados endoscópicamente bajo anestesia general, con intubación endotraqueal; se utilizaron fibroscopios pediátricos P2 y XP de Olympus y FG23 de Pentax.

En 18 pacientes se realizó biopsia endoscópica de la úlcera y de la mucosa de antro y cuerpo gástrico, en busca del *Helicobacter pylori*, mediante el test rápido de la ureasa, cultivo y examen histológico (3).

Una vez hecho el diagnóstico, todos fueron tratados con antagonistas H2: Ranitidina a 7 mg/kg/día por vía endovenosa en goteo continuo o por "push" cada 6 horas. Cuando el estado del paciente lo permitió se utilizó la vía oral en la misma dosis dividida en 2 tomas. Se agregaron antiácidos y Sucralfato (1 gr. 4 veces por día) como protector de la mucosa.

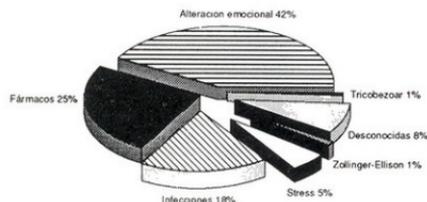


Fig. 2: Úlcera gastroduodenal: antecedentes de la enfermedad en 96 pacientes.

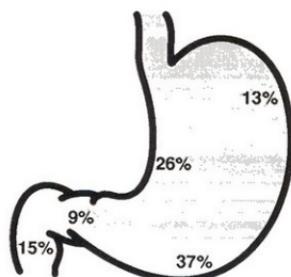


Fig. 3: Localización de las úlceras gastroduodenales.

En los pacientes que no desarrollaron estenosis de píloro, se utilizaron balones neumáticos de dilatación pilórica en 5 y se hizo piloroplastia en 4. En los niños con hemorragia incoercible se hizo sutura simple de la úlcera.

El control endoscópico fue realizado en 74 niños entre las 6 semanas y los 3 meses de iniciado el tratamiento.

Resultados

Como antecedente las infecciones respiratorias y virales se vieron en los pacientes más pequeños, en los mayores predominó la ingesta de aspirina y los trastornos emocionales. Se destacan además 11 pacientes con enfermedades asociadas de diferente grado de severidad: 2 con leucemias, 4 con hipertensión portal, 1 con simpatoblastoma, 3 grandes quemados, 1 con Zollinger-Ellison y 1 tricobozoar. (Fig. 2). Sólo en 8 niños no se encontraron antecedentes de importancia.

La localización de la úlcera varió de acuerdo a la edad: en los menores de 3 años predominó la región antropilórica (37%) y el píloro (9%), en los niños mayores, la curvatura menor (26%), el bulbo duodenal (15%) y cuerpo y techo gástrico (13%). (Fig. 3)

Las biopsias realizadas buscando infección por *Helicobacter Pylori* resultaron negativas en los 18 pacientes.

De los 9 pacientes con úlcera pilórica, 4 debieron ser operados dado que después del tratamiento médico persistió una cicatriz estenótica del píloro. Se les hizo piloroplastia sin vagotomía. En los restantes la estenosis pilórica fue fácilmente dilatada con el fibroscopio o con balones neumáticos, en una sola sesión. Tanto los intervenidos quirúrgicamente como los dilatados tuvieron buena evolución hasta la actualidad.

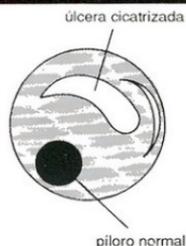
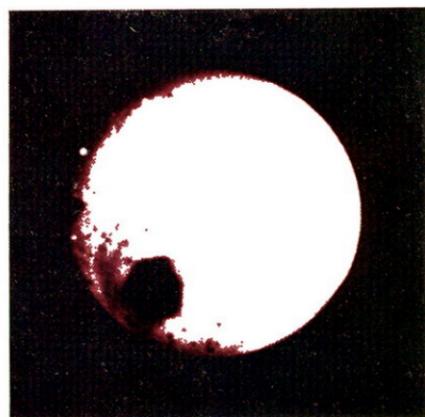
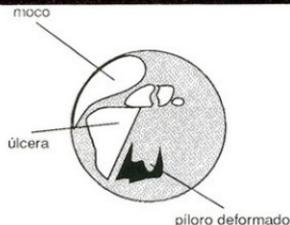
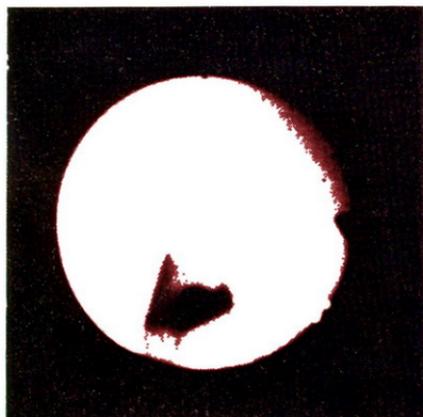


Fig.4: imagen endoscópica de úlcera prepilórica aguda.

Fig.5: imagen de cicatrización de la úlcera en el mismo paciente.

A 4 niños con hemorragia incoercible, fue necesario realizarles laparotomía y sutura simple de la úlcera, 2 de estos tenían el antecedente de quemaduras graves. (Cuadro 1)

Los 96 pacientes mejoraron clínicamente, pero sólo 74 fueron controlados endoscópicamente.

De éstos, 66 curaron, 7 presentaron gastroduodenitis y el paciente con síndrome de Zollinger-Ellison persistió con lesiones ulcerosas, ésto motivo el cambio de medicación a Omeprazole (60 mg/d) con buena respuesta. Ochenta y dos niños persistieron asintomáticos después del tratamiento en las consultas periódicas, los 14 restantes a pesar de la buena evolución clínica inmediata no volvieron. (Fig. 4 y 5)

Medico:	96 p
Ranitidina	
Sucralfato	3 a 8 semanas
Antiácidos	
Endoscópico	5 p (dilatación pilórica)
Quirúrgico	8 p
Piloroplastia	4 p (síndrome pilórico)
Sutura simple	4 p (hemorragia incoercible)

Cuadro 1: Tratamiento de la úlcera gastroduodenal.

Discusión

La sintomatología dominante en nuestros pacientes fue la hemorragia digestiva, manifestada como hematemesis y/o melena. Los síntomas pueden variar según la edad. El dolor abdominal de características similares al adulto, se presentó sólo en los niños mayores de 10 años.

Merece un comentario especial la presentación poco habitual de la enfermedad ulcero péptica en pediatría, como síndrome pilórico. Se manifestó en nuestra casuística en 9 pacientes menores de 2 años, con vómitos de contenido gástrico que llevaron algunas veces a la desnutrición, en ningún caso se constató

hemorragia digestiva. Cabe destacar que en todos se realizó el diagnóstico de úlcera pilórica por fibroscopia, ya que la radiología contrastada sólo evidenció oclusión pilórica sin signos de nicho ulceroso. El síndrome pilórico, no sólo es una forma de presentación inicial de úlcera, sino también la manifestación tardía de esta entidad librada a su evolución espontánea.

Curci y Gryboski relatan algunos casos con referencia a obstrucción pilórica por úlcera en la infancia (2-3-4-5). Kenneth (6-7) se refiere a 8 pacientes con esta forma de presentación sometidos a gastroenteroanastomosis con evolución variable: 6 repitieron úlcera gástrica y de éstos 3 se recuperaron por riesgo de vida: hemorragia y abdomen agudo.

Las úlceras de Curling merecen ser citadas por separado, dado que su patogenia es diferente. Algunos autores mencionan la mayor incidencia en estómago, sin embargo, al igual que en nuestra serie, hablan de localización duodenal. La asociación de úlcera, quemadura y sepsis fue descrita por Billroth en 1867 y avalada por Bruck, Rosenthal, O'Neill y otros (8-9-10-11-12). Actualmente se demostró que la sepsis en presencia de injuria térmica produce alteraciones debido a cambios vasculares, asociados a shunt arteriovenosos submucosos de la pared gástrica y duodenal, llevando a la hiperemia y congestión de la misma (10-11).

Ante la sospecha de enfermedad ulcerosa, el pediatra duda entre indicar la endoscopia o la radiología para llegar al diagnóstico. Las opiniones difieren en este tema. En nuestra experiencia, la imagen radiológica es útil cuando muestra signos de oclusión pilórica o indirectos de lesión, ya que es difícil ver el nicho ulceroso en una seriada convencional y no siempre se cuenta con la posibilidad de realizar una mucosografía en pediatría. La endoscopia es el mejor método para el diagnóstico y el control del resultado terapéutico (1-3).

Gryboski (3) entre otros relata una revisión de 7 años realizada por Killbridge donde el 80% de los niños con úlcera duodenal tenían infección por *H. Pylori* siempre que estuviera asociada a antritis, mientras que en la mayoría (84%) de niños con úlcera gástrica no se encontró infección. Si bien nosotros no contamos con un gran número de pacientes estudiados, en ninguno de ellos se encontró esta bacteria. Su hallazgo estaría bien demostrado en pacientes con gastritis y la relación con úlcera péptica es menos convincente (3-13-14).

El tratamiento inicial de la enfermedad ulcerosa es médico. Basado en la experiencia de estudios realizados en adultos, se utilizó como terapéutica los bloqueantes H₂, cuyo efecto se logra a través de la reducción de la secreción ácida y protectores de la mucosa.

Por todo esto creemos, junto con otros autores, que la cirugía no es el tratamiento de elección para los pacientes pediátricos con enfermedad ulcerosa, aunque sí es prioritaria en los casos críticos por hemorragia incoercible, perforación u obstrucción pilórica. Las técnicas quirúrgicas habituales no previenen el riesgo a largo plazo de recidivas, porque no modifican el estímulo secretorio ácido. La vagotomía y la gastroenteroanastomosis

no son buenas operaciones para este grupo étaro.

La mayoría de los pacientes responden al tratamiento médico con restitución "ad integrum" entre los 2 y 3 meses.

No se ha evidenciado recidiva de la lesión ulcerosa, a excepción del Zollinger-Ellison, aunque e estos pacientes requieren control clínico periódico hasta la adolescencia dado que los mecanismos por los que se ha desarrollado la enfermedad, aún permanecen poco claros (15).

Bibliografía

1. Ament M.E. Christie D.L.: Upper gastrointestinal fiberoptic endoscopy in pediatric patients. *Gastroenterology* 72:1244-1248, 1977.
2. Gryboski J.D.: Peptic ulcer disease in children. *Pediatric Rev.* 12:15-24, 1990.
3. Gryboski J.D.: Peptic ulcer disease in children. *Med Clin of North Amer* 75:889-902, 1991.
4. Gryboski J.D.: Pain and peptic ulcer disease in children. *Clin Gastroenterol* 2:277-279, 1980.
5. Curci M.R.: Peptic ulcer disease in childhood reexamined. *J of Pediatr Surg* 11:329-335, 1986.
6. Kenneth S. Nord.: Peptic ulcer disease in the pediatric population. *Pediatr Clin of North Am* 35:117-140, 1988.
7. Kenneth S. Nord.: Fiberoptic upper intestinal endoscopy in infants and children. *Pediatr Clin of North Am.* 35:141-155, 1988.
8. Bruck H., Pruitt B. Jr.: Curling's ulcer in children. A 12 year review of 63 cases. *J of Trauma* 12:490-496, 1972.
9. Mc Connell C. Hummel R.: Perforating Curling's ulcer. A rare but lethal complication. *Burns* 7:203-207, 1979.
10. Pruitt B. Jr., Foley F.: Curling's ulcer. A clinical pathology study of 323 cases. *Anal of Surg* 172:523-539, 1970.
11. Rosenthal A., Czaja A., Pruitt B. Jr.: Gastrin levels and gastric acidity in the pathogenesis of acute gastroduodenal disease after burns. *Surg Gynec and Obst* 44:232-234, 1977.
12. Watson L., Abston S.: Prevention of upper gastrointestinal hemorrhage in 582 burned children. *Am J of Surg* 132:790-793, 1978.
13. Drumm B.: *Campylobacter pylori* associated with primary gastritis in children. *Pediatrics* 80:192-195, 1987.
14. Ramirez Ramos A.: Detección del *Campylobacter pilórico* en pacientes con enfermedades gastroduodenales. *Acta gastroenterol Latinoam* 16:95-98, 1986.
15. Puri P., Boyd E., Blake N.: Duodenal ulcer in childhood: a continuing disease in adult life. *J Pediatr Surg* 13:525-526, 1978.

Dra. A.M. Marín

Pichincha 1850
(1245) Buenos Aires
Argentina