

# La enfermedad ulcerosa en la infancia y pubertad (1)

*Juan de Dios Jimena Fernández (Jr.)*

*Doctor en Medicina*

*Vicepresidente de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva*

*CORDOBA*

Tengo que comenzar diciendo, a fuer de sincero, que me encuentro muy contento en este momento, a la vez que francamente preocupado. Pienso que quizás las únicas razones que pueda alegar para estar aquí estén basadas en los lazos de amistad que me unen con vosotros, porque he aprendido a ser muy exigente conmigo mismo y conozco mis imperfecciones y mis limitaciones, tanto humanas como médicas. De esto nace mi preocupación, de que no sepa y no pueda decir algo que pueda ser útil

Pero, por otra parte, siento una gran alegría. Vuestra invitación me honra y vuestra presencia, que espero sea benévola, me compensa del esfuerzo que ha representado para mí el preparar esta conferencia.

Indudablemente, el problema de la úlcera gastroduodenal en menores, es un problema que está actualmente de moda. Y su irrupción en libros y revistas profesionales ha sido casi explosiva. Los trabajos sobre el tema se multiplican, pero la verdad es que hasta hace unos años era un problema, si no ignorado, sí metido en los moldes de lo anecdótico cuando no de lo excepcional. Se publicaban casos singulares, como verdaderos hallazgos y no era infrecuente leer en los mejores textos que la úlcera infantil era excepcional, sin dedicarle más renglones.

En todo caso, se hablaba de la úlcera del neonacido, responsable de muchas de las melenas neonatorum y cuando más de la úlcera

---

(1) Conferencia pronunciada en el Seminario Médico del Instituto de Estudios Giennenses el día 19-XII-69

infantil como una "zweitkrankheit" (segunda enfermedad) en el sentido de RÖSSLE, en cuyo caso la enfermedad principal dominaba el cuadro y dejaba en penumbra el síndrome ulceroso hasta que fenómenos complicativos, muchas veces irreversibles, dejaban triste constancia de la lesión gastroduodenal.

Por lo menos para nosotros, era problema desconocido, ignorado, hasta hace unos 15 años. No sé si habrán caído en la cuenta de una curiosa coincidencia que avala esta afirmación. Los preparados farmacéuticos antiulcerosos, la mayoría de las veces no presentan formas infantiles e incluso no se mencionan las dosis a utilizar en niños y adolescentes.

Para nosotros fueron los autores alemanes los que, como tantas otras veces, dieron la voz de alarma.

En 1955, chocamos por primera vez (y es expresión totalmente justa, porque el encuentro fue inesperado, sorprendente y casi traumático) con una úlcera infantil. Un pediatra nos remitió para su estudio un niño de 9 años de edad, que hacía dos que cada vez con mayor frecuencia presentaba unas crisis de dolor post-prandial de carácter cólico, localizadas en zona umbilical y alrededores, que se resolvían con un vómito. Comía poco porque tenía miedo a sus fenómenos dolorosos y había perdido unos 5 ó 6

kilos de peso. En la exploración sólo resaltaban su evidente desnutrición y su escaso desarrollo somático, contrastando con su expresión viva e inteligente y su manera de producirse en la consulta, que le hizo colaborar a la perfección. Estarán de acuerdo conmigo en que este cuadro no recuerda ni por lo más remoto al cuadro ulceroso típico. Por eso nos chocó sobremanera cuando, al hacerle ingerir papilla pensando en hacerle un tránsito, nos dimos de manos a boca con un duodeno ulceroso típico (radio número 1). Convencidos de que no había otros procesos tras practicarle un minucioso tránsito, le ordenamos tratamiento antiulceroso, aun sin estar muy convencidos, llevados por la clara objetividad de los hallazgos radiológicos y radiográficos. Y no mentamos si decimos que nos sorprendió cuando acudió a revisión a los dos meses, perfectamente recuperado.

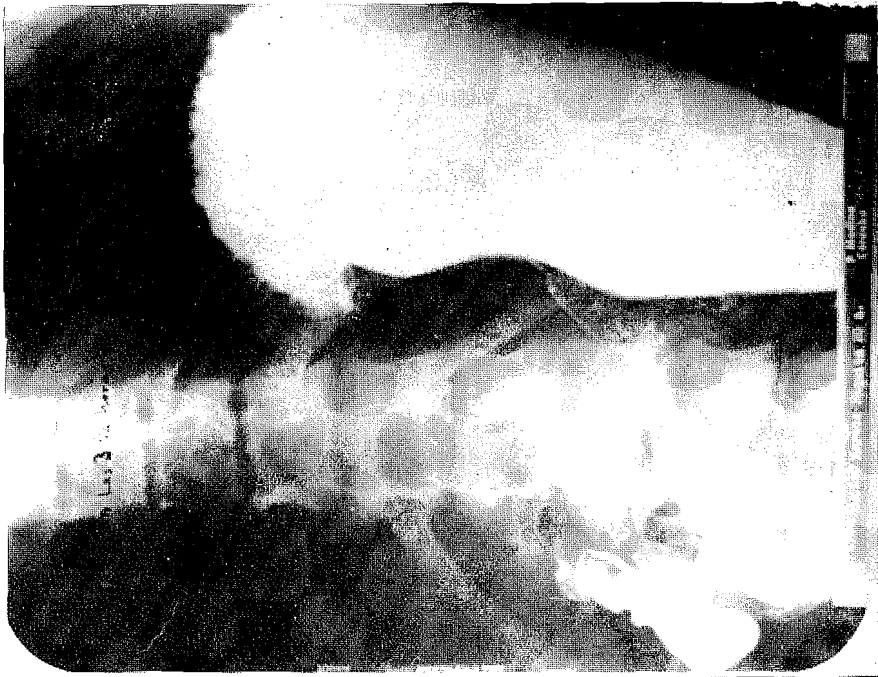
Fue verdaderamente clarificador para nosotros cuando, a los pocos días, leíamos en Deutsche Medizinische Wochenschrift un trabajo de LASSRICH, LENZ y colaboradores acerca de la forma ulcerosa infantil que los autores citados denominan pseudocolicula, con una expresión que resulta, a mi juicio, muy adecuada. Desde entonces hemos venido prestando atención a este problema y ya en el trabajo a punto de publicación que tengo sobre este tema presento una estadística de



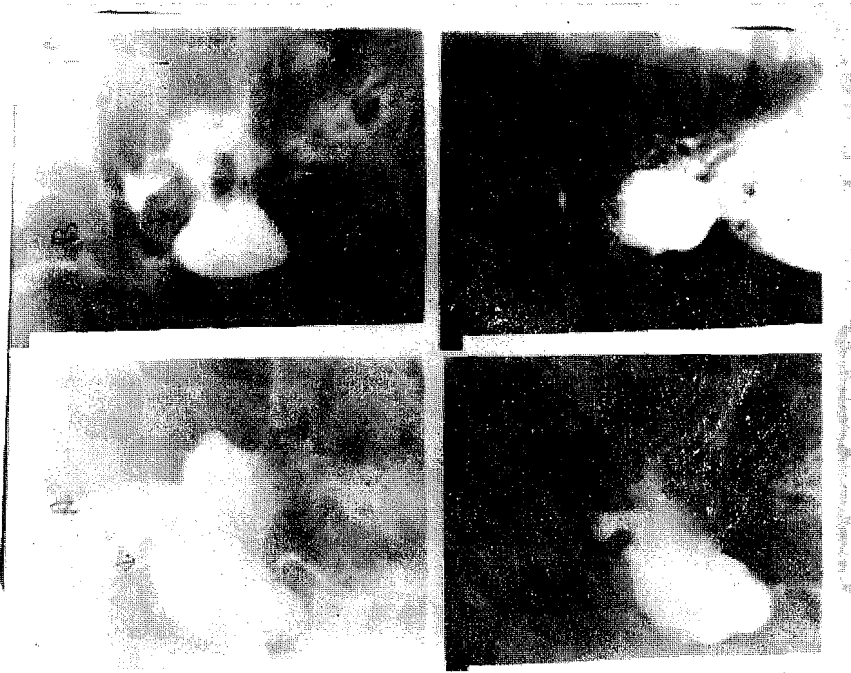
Radio n.º 1



Figura n.º 2



Radio n.º 3



Radio n.º 4

85 casos diagnosticados de úlcera con certeza muy probable y seguidos después en su evolución. Tenemos la seguridad de que por nuestras manos han pasado muchos más. Unos incompletamente estudiados, otros sin haber sido posible revisarlos y otros que no hemos sabido diagnosticarlos.

Después los trabajos se han multiplicado. LASSRICH y colaboradores han insistido sobre el problema, PALMER dice que hay que pensar en úlcus en todas las edades, incluidos los niños y los ancianos, y en España se han ocupado del tema ARZUA, PALMA, MORENO de ORBE, OLMO LUCIO y colaboradores, pero sería injusto no resaltar los nombres de ROCHA y colaboradores, BADOSA GASPAS y BADOSA GALLART, que no sólo insisten en la frecuencia de la úlcera en los menores de 15 años, sino que llaman la atención sobre la atipicidad de su cuadro clínico, habiendo publicado con asiduidad trabajos sobre el tema.

En nuestra experiencia, más del 65 % de los úlcus que genéricamente llamamos infantiles son totalmente atípicos en su cuadro sintomatológico subjetivo. Tan sólo algo más del 30 % tiene un cuadro clínico más o menos típico, pero no difícil de reconocer.

Debemos señalar también que cuanto más joven es el enfermo, el cuadro es más atípico. En nuestra

estadística, el 90 % de los menores de 10 años tienen forma pseudocolicular. Y es curioso que en pacientes seguidos a través de varios años por nosotros, el cuadro se ha ido tipificando conforme el enfermito ha ido creciendo, hasta hacer completamente típico su cuadro a los 17 ó 18 años.

Así pues, la más habitual forma de presentación sintomatológica del úlcus infantil es la que con LASSRICH, LENZ y colaboradores podemos llamar pseudocolicular infantil y que podemos esquematizar así: el paciente, siempre menor de 10 años, presenta desde hace más o menos tiempo, continuamente o por temporadas, un dolor que se localiza en zona subumbilical, extendido en barra, de carácter cólico, que suele ser post-prandial inmediato y que, después de afectar al chico más o menos tiempo, se resuelve con vómitos alimenticios. Estos fenómenos dolorosos, al principio muy esporádicos, se van frecuentando cada vez más, haciéndose diarios e incluso repitiéndose varias veces al día, por lo que el niño tiene verdadero miedo a comer, se desnutre, pierde peso, etc.... Por lo demás, el chico, despierto, inteligente, delgado, tiene un exploración tan poco expresiva como la de todos los enfermos ulcerosos. Un dolor a la presión en el llamado punto duodenal y nada más.

Creo que no es necesario describir a ustedes el cuadro clínico ul-

ceroso típico, con dolor tardío típico por temporadas, calmable con la ingesta y con alcalinos, etc., etc. En nuestra experiencia, aproximadamente un 30 % de ulcerosos menores de 15 años presentan este cuadro subjetivo, y en su inmensa mayoría son pacientes con más de 10 años. Ya hemos hablado antes de la posibilidad de tipificación de un cuadro clínico de un chico que comienza muy joven, a los 5 ó 6 años con una forma evolutiva ulcerosa pseudocolicular. Al crecer, si no se ha curado, el dolor se va centrando en epigastrio, haciéndose tardío, y a los 12, 13 y 14 años tiene un cuadro sindrómico estereotipado ulceroso, perfectamente encasillable en lo típico ulceroso. Muchos ulcerosos adultos que han sido vistos por nosotros, recuerdan que en su niñez tenían molestias digestivas que recuerdan mal, pero desde luego no encasillables en un cuadro típico. Etiquetados o no, con diagnósticos a veces pintorescos, no es aventurado suponer que se trataba de cuadros ulcerosos infantiles que pasaban desapercibidos, por ignorancia de los que fueron consultados.

En nuestra estadística nos queda un sector de enfermos que representa algo más del 5 %.

Este 5 % de ulcerosos que, por comodidad, venimos llamando infantiles, evoluciona de un modo particular y con un cuadro perfec-

tamente delimitable, recortado, característico.

Es la forma que nosotros denominamos forma estenosante inicial o primitiva. El cuadro no es nuevo; recordemos que Jiménez Díaz, en sus Lecciones de Patología Médica, al hablar de factor neurohormonal en la génesis ulcerosa describe un caso superponible a los nuestros. Quizás sea mejor, referirles a ustedes el caso de la señorita P. M. M., que nosotros hemos visto a los 20 años, pero que venía enferma, padeciendo de estómago desde que tenía 8 años. Prácticamente no ha tenido nunca dolor de estómago, sino que presenta desde el principio de su evolución un cuadro de vómitos por temporadas que últimamente se han ido frecuentando de tal forma que ahora vomita cada 2 ó 3 días, de noche casi siempre, cantidades ingentes de líquido, hasta 2 y 3 litros, con restos alimenticios abundantes, incluso de alimentos ingeridos varios días antes. Tiene eructos pútridos y raras veces, muy raras veces, tiene molestias de estómago, pero nunca ha tenido dolor.

Su aspecto físico es curioso. Su rostro, de piel arrugada, es típicamente ateleiótico y los caracteres sexuales secundarios prácticamente inexistentes, pues carece por completo de vello axilar y el pubiano es muy escaso. Las mamas, pequeñas y atrópicas y sólo menstrúa cada 5 ó 6 meses. Su talla es de 1'40 y



Figura n.º 5

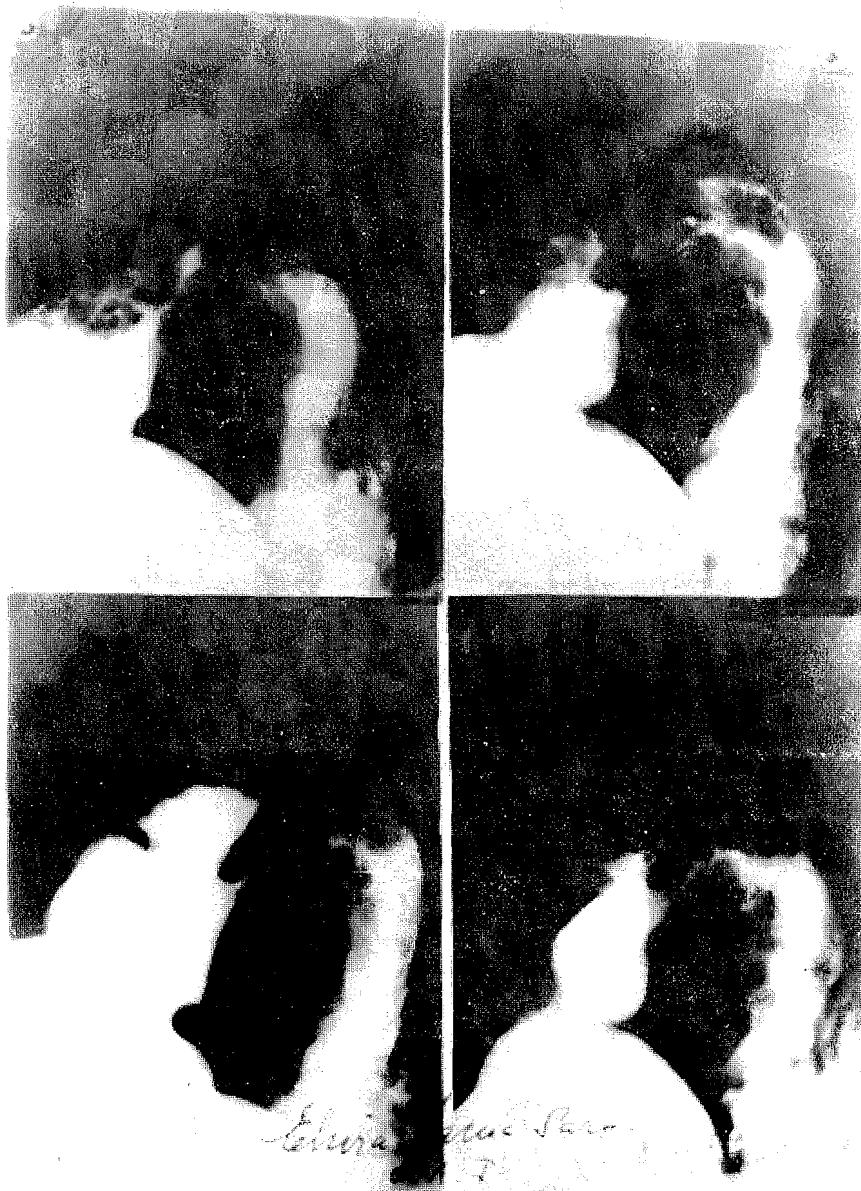
FORMAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA  
EN NIÑOS DE 16 AÑOS .

Estadística personal .....	55 casos
Forma pseudocolicilar .....	56 casos .
Forma típica ulcerosa .....	25 casos .
Forma estenosante inicial .....	4 casos .

TOTAL == 85 casos .

Dr. Jibera . Córdoba .

Slide n.º 6



Slide n.º 5 b



su peso de 36 kilos. En definitiva, tiene un cuadro de infantilismo hipofisario bastante acusado (fig. 2).

En la exploración, a más de su extremada delgadez, sólo se objetiva un dato: un patente bazuqueo muy fácilmente objetivable.

Radiográficamente tiene las imágenes que ustedes pueden observar. Su estómago es una enorme bolsa atónica, inerte, sin peristalsis de ninguna clase y llena de líquido. Y el bulbo con un gigantesco pseudo-divertículo, presenta un nicho ulceroso muy nítido (radios números 3 y 4).

Esta chica fue operada, la intervención resolvió por completo su problema y a los 5 meses de ella no ha vuelto a vomitar, habiendo ganado 10 kilos de peso.

Naturalmente, persisten los rasgos de su infantilismo, aunque mejorando (fig. 5). Idénticos a éste, tenemos varios casos en que el cuadro se repite con una similitud impresionante. La señorita E. G. S. fue operada una vez con laparotomía, que sólo objetivó un estómago grande ptósico-atónico. El cirujano, al no observar lesiones atribuibles a una úlcera, optó por no gastrectomizar y siguió su calvario con hipermesis, desnutrición (pesaba 34 kilos y media 1'37 a los 28 años), que venía padeciendo desde los 7 años. Unas radiografías que les muestro, a más de su enorme estó-

magó, dilatado, en saco y sin movimientos peritálticos, nos hizo adivinar una úlcera yuxtapiórica (slide número 5 b) y recordando otros casos, insistimos en una nueva intervención que realizó el doctor Aguilar, que confirmó nuestro diagnóstico e hizo una gastrectomía que resolvió el problema local gástrico. Sin embargo, estos enfermos operados a estas edades, ya no mejoran (salvo en la ganancia de peso) de su cuadro hipofisario. Hemos tenido ocasión de ver otros casos más jóvenes y entonces la mejoría del cuadro gástrico con tratamiento adecuado ha permitido la recuperación evidente de su cuadro hipofisario (naturalmente con tratamiento conveniente), ganando peso, creciendo ostensiblemente y comenzando a aflorar caracteres sexuales secundarios, antes totalmente ignorados.

Por el contrario, el tratamiento de su endocrinopatía es perfectamente inútil si simultáneamente su gastropatía no está en vía terapéutica adecuada. Así pues, la úlcera en menores de 16 años, en nuestra experiencia, ha evolucionado tal como les muestro a ustedes en el slide número 6.

ROCHA y colaboradores, LASS-RICH, BADOSA, OLMO, VENEZIA, PALMA y casi todos los autores que se han ocupado del tema, valoran al máximo los datos obtenidos con los exámenes radiológicos y/o radiográficos. Sobre todo con las

instalaciones modernas de intensificador de imágenes, televisión, etc., podemos eliminar los riesgos que una exploración prolongada puede suponer en un niño. La exploración radiológica y/o radiográfica de un niño hay que procurar desposeerla de toda seriedad y solemnidad si queremos que el estómago se nos muestre tal cual es y no modificado intensamente por el impacto psíquico que sufre nuestro pequeño paciente.

El estómago infantil ulceroso presenta características que podemos resumir así: a) un intenso espasmo antropilórico (slide n.º 7), que es, desde luego, superior y más persistente que el que presentan los ulcerosos adultos. Hay que ser muy pacientes con este espasmo, siquiera por la importancia que tiene. Porque yo me atrevo a asegurarles a ustedes que cuando en un niño con sintomatología digestiva se presente un espasmo así, busquen detenidamente en el bulbo duodenal, donde pueden estar las posibles soluciones a sus problemas diagnósticos.

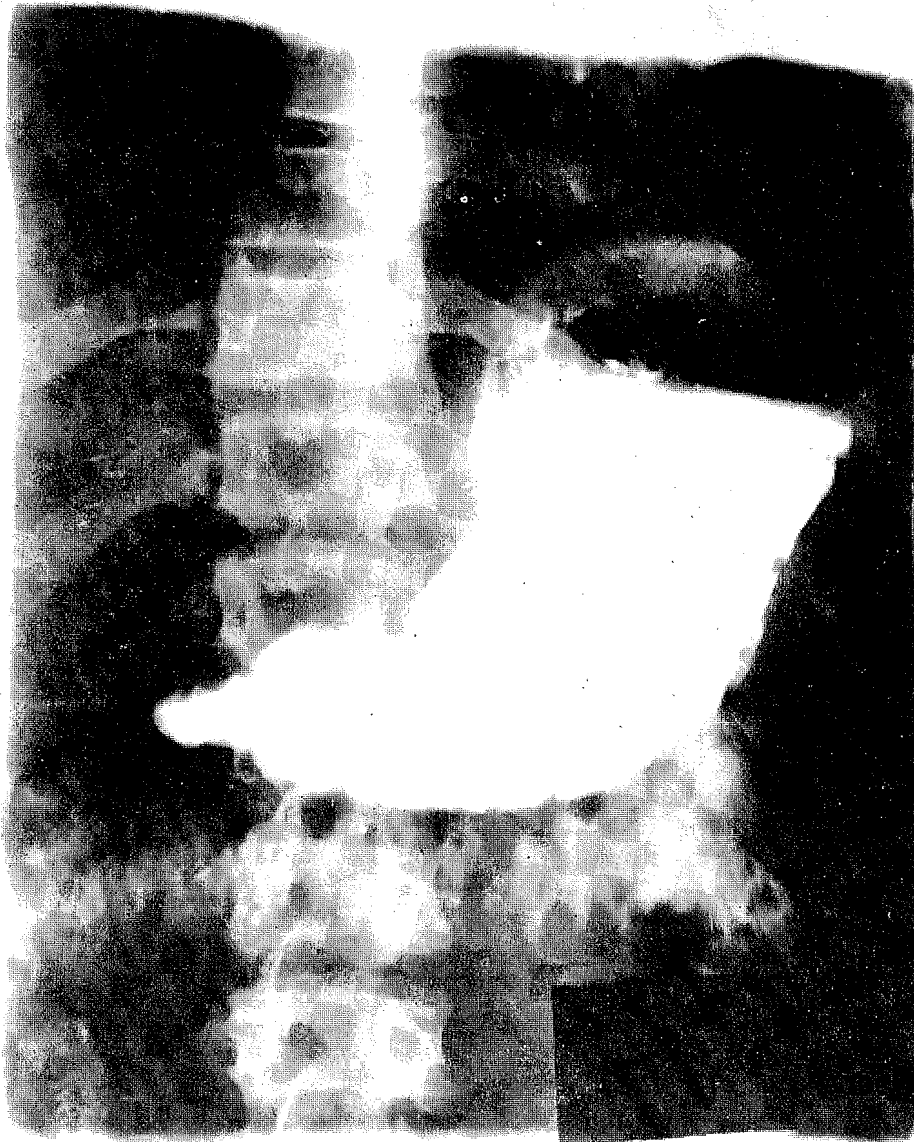
b) Enfermos por lo general delgados y con poco pániculo adiposo, proporcionan unos magníficos sujetos de exploración radiológica y las imágenes son muy nítidas. Nichos, halos periulcerosos, deformidades en martillo, en trébol, pseudodivertículos, son perfectamente visibles y objetivables en radiografía.

Pueden comprobarlo en esta serie de radiografías (slide n.º 8, 9 y 10).

c) Nuestras cifras de porcentajes de úlceras gástricas y duodenales son muy diferentes a las dadas por otros muchos autores. La abrumadora mayoría a favor de la úlcera duodenal es comprobada a diario por nuestros cirujanos en las intervenciones. De nuestros 85 casos, 72 son ulcerosos duodenales, lo que representa más del 84 %. Sólo tenemos un caso de doble úlcus, el del niño que les presento en el slide n.º 11.

d) CHRISTMAN sobre todo, y otros autores, señalan la validez de una intensa gastroduodenitis como estadio preulceroso. Y en los niños la forma pseudocolicilar es la que adoptan al evolucionar estas gastroduodenitis que otros designan como "ulcus sine ulcus". El caso del niño J. F. M., cuyas radiografías les muestro (slides núms. 12 y 13), tiene un cuadro pseudocolicilar atípico, absolutamente típico, si se me permite el juego de palabras. Su cuadro clínico nos hizo buscar con insistencia un proceso ulceroso que en este caso no pudimos detectar.

La evolución es esencialmente benigna en nuestra estadística. En nuestros ulcerosos infantiles no hemos tenido ocasión de presenciar ni un solo episodio perforativo. Tan sólo un enfermo que vino a nosotros tres años después nos refirió haber



Slide n.º 7.—Espasmo antro-pilórico persistente.

tenido una perforación, tratada quirúrgicamente cuando aún no había cumplido los 16 años; pero no figura incluido entre nuestros casos.

Hemos tenido ocasión de observar cinco episodios hemorrágicos en nuestros ulcerosos infantiles. Realmente es escaso el porcentaje, por lo que podemos afirmar rotundamente que el ulceroso infantil no tiene tendencia hemorragífera. Incluso en tres de nuestros ulcerosos sangrantes existe el antecedente inmediato de ingestión de preparados con ácido acetilsalicílico, a lo que achacamos, desde luego, el episodio hemorrágico. Es natural que en otra estadística, con gran afluencia de enfermos de urgencia y radicados en grandes urbes, las cifras de complicaciones varíen de las nuestras (OLMO y FABRA). La estenosis pilórica es la regla en los casos que denominamos estenosantes primitivos, pero fuera de estos es excepcional, según nuestra experiencia, en los ulcerosos infantiles. No tenemos ningún caso que antes de los 15 años evolucionara a la estenosis, aunque esto se comprende fácilmente: la evolución estenótica requiere un tiempo de evolución que difícilmente se alcanza en los ulcerosos menores de 15 años.

Lo mismo podemos decir del dolor intratable que en los ulcerosos adultos es muy frecuente, en los infantiles nosotros no lo hemos observado nunca.

Así pues, el ulceroso infantil que no se perfora, no sangra, no tiende a la estenosis y no suele doler de forma irresistible, puede ser tildado de seguir un curso evolutivo benigno. Benignidad que se confirma al comprobar la efectividad del tratamiento antiulceroso, que rápidamente mejora al enfermo, colocándolo en óptimas condiciones, a pesar de que el ulceroso infantil recidiva pronto, porque guarda mal las prescripciones dietéticas y cuando no tiene dolor olvida muchas veces la medicación. Tanto es así que nos atrevemos a afirmar que la tendencia a recidiva precoz es prácticamente la regla en los ulcerosos infantiles.

A nuestro entender, el problema terapéutico del *ulcus* infantil tiene unas directrices que difieren algo del de los adultos. Pero quizás la exposición de nuestras ideas sobre el tema nos llevaría muy lejos y alargaría excesivamente.

Hay una cuestión, sin embargo, que no queremos soslayar. El problema de la herencia en los ulcerosos infantiles. Los autores que se han ocupado de este problema están muy divididos, desde los que consideran la herencia como factor etiológico muy a tener en cuenta, hasta los que le niegan toda intervención y no valoran su papel. Nosotros vamos a exponer nuestros datos. El 10 % de nuestros ulcerosos infantiles proceden de unos

padres que son ulcerosos los dos y el 25 % tienen ulcerosos entre sus parientes próximos en las dos ramas, materna y paterna. Valoramos tanto este dato de la herencia ulcerosa, por ambas ramas, materna y paterna, que ante un niño en el que se da esta circunstancia que presenta un cuadro digestivo, por muy poco estereotipado que sea, siempre buscamos por todos los medios un proceso ulceroso gastroduodenal. Herencia ulcerosa directa por parte de un solo progenitor, es decir, padre o madre ulcerosos, los tienen aproximadamente el 50 % de nuestros enfermos. La cifra es mucho más considerable, aunque desde luego menos valorable cuando la herencia no es directa; tanto que nos atrevemos a decirles que todos o casi todos nuestros ulcerosos infantiles, forman parte de una familia en la que la U. G. D. es proceso muy frecuente en una o en sus dos ramas. (Slide n.º 14.)

El niño ulceroso tiene un perfil psíquico y unas cualidades intelectivas que se repiten con tal regularidad, que bien merece la pena describir estos aspectos, porque para nosotros, cierran la descripción del cuadro clínico y a la vez completan su constelación etiológica.

El niño ulceroso que somáticamente es más bien pequeño, delgado, llama la atención del médico enseguida, porque colabora estupidamente con él en la anamnesis

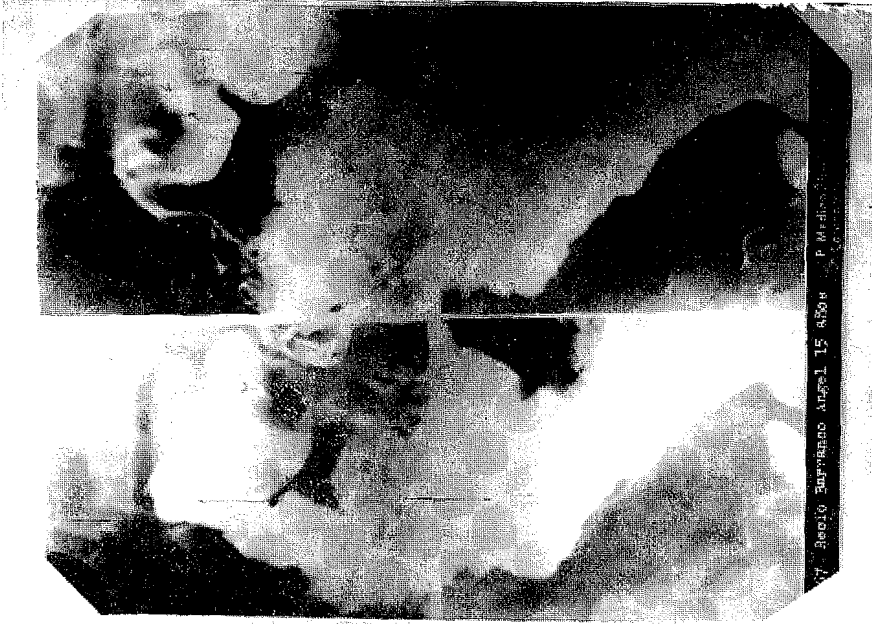
y en la exploración por molesta que sea. Todos los que ejercemos la Medicina, y sobre todo los digestólogos, sabemos la importancia que una buena historia tiene y lo difícil que es conseguirla en un niño. Los niños ulcerosos son la excepción de la regla. Contestan atinadamente a nuestras preguntas y son capaces de cuantas precisiones se les exijan. Es posible que no hayan observado exactamente sus síntomas, al fin y al cabo son niños o adolescentes, pero si se les hace caer en la cuenta, niegan o afirman el dato con toda verosimilitud. En una palabra, son sujetos despiertos, vivos, inteligentes. En un principio, nos llamó poderosamente la atención este extremo y después lo investigamos porque se repite mucho. Con mucha frecuencia el niño ulceroso ocupa los primeros lugares de su clase o por lo menos es conocido como portador de unos valores intelectuales muy notables, aunque no los ponga en práctica. Nosotros solemos decir que no es ulceroso infantil el que quiere, sino el que puede, porque además de ser muy inteligente el chico tiene un perfil psicológico tan neto, que nos atrevemos a describir aunque no seamos psicólogos. Quizás como mejor queden descritos estos chicos es diciendo que tienen verdadera elegancia espiritual y una gran sensibilidad. Es posible que ustedes estén pensando que si un chico o una chica de esta edad, es un chico o una chica de esta edad, es inteligente, sensible y elegante espi-



Radio n.º 8.—Bulbo en trébol; deformado en grado sumo, nicho centro bulbar y pseudodivertículo.



Slide n.º 9



Slide n.º 11

V. Baggio, Espirito Santo, 15, 81208 P. Merone



Slide n.º 10.—Bulbo ulceroso totalmente destrutturado  
('tisis bulbi')





Slide n.º 12



Slide n.º 13

HERENCIA EN LOS ULCEROSOS MENORES DE 16 A OS .

- a) Padre y madre ulcerosos ..... 10 %
- b) Parais paterna y materna , fuertemente ulcerosas ....25 %
- c) Padre o madre ulcerosos .....50 %
- d) Sin antecedentes ulcerosos directos ..... 15 %

Dr. Jimena Córdoba

Figura n.º 14

ritualmente, es una verdadera joya. Y en realidad lo es, porque, por si fuera poco, estos niños son muy niños, sin ribetes de sabihondos ni de niños prodigios. Hablan, juegan y se producen como auténticos niños y esto les hace aún más atractivos.

Sin embargo, quisiera que retrocedieran ustedes a la expresión de, no es ulceroso el que quiere, sino el que puede. Estos menores de 15 años, en el "pecado de ser inteligentes, sensibles, despiertos,... llevan la penitencia de ser ulcerosos". Esto quiere decir precisamente que son ulcerosos por ser así y que esta forma de ser, que conlleva naturalmente una forma de pensar, obrar, querer y producirse, es quizás el factor etiológico más importante en el determinismo de su úlcera.

Nuestro mundo, el que por desgracia o suerte nos ha tocado vivir, es una fuente inagotable de estímulos "stressantes" para adultos, para jóvenes, para niños. En nuestros enfermos hemos podido localizar muchos de ellos, a veces con una impresionante relación de causa a efecto. Pero por lo general el ulceroso infantil o juvenil oculta celosamente estos acontecimientos personales y es difícil, salvo haberles ganado totalmente la confianza, conseguir su descubrimiento. Suele preocuparles más el dolor que producen o que pueden producir a los demás con sus defectos, sus fallos, sus enfermedades, incluso, que las

molestias que a ellos mismos pudieran ocasionarle. Las frases, aún las dichas sin el menor interés de herirles, les afectan de sobremanera, y además estas contrariedades las viven hacia dentro, introvertidamente y por lo tanto, siendo más perjudiciales aún.

Podríamos seguir hablando mucho de estos chicos y chicas ulcerosos. Aparte de que el tema es apasionante, nos interesa y nos preocupa hace muchos años. Quisiéramos, sin embargo, terminar con unas advertencias. Estos chicos, es un defecto y una ventaja a la vez, todo lo valoran y todo lo captan, y muchas veces lo hipertrofian. Es por lo que debemos evitar delante de ellos el hablar de úlcera, de complicaciones posibles, de gravedad. Por esta misma razón debemos evitar la imposición de regímenes alimenticios severos, reposos prolongados, etc.

Hemos llegado al final. Os decía al principio que conocía mis limitaciones y por ello, debo pedirles perdón por mi atrevimiento. Y por fin agradecerles ya, no sólo vuestra invitación, sino vuestra asistencia y vuestra atención. Me conformaría con haber llamado la atención sobre el problema.

Bien, seguramente habréis llegado a la conclusión de que no soy

buen médico. Lleváis razón. Si derlo. Quisiera terminar bien y os digo ahora que soy aún peor sólo se me ocurre deciros gracias, orador, fácilmente podéis compren- muchas gracias.