

Maternidad del Hosp. Barros Luco.
Prof. González C.

PERITONITIS AGUDA DEL RECIEN NACIDO

Por el Dr. ROBERTO KOHAN I.

Asesor Pediátrico de la Maternidad del Hospital Ramón Barros Luco.

La peritonitis aguda del recién nacido es una enfermedad tan rara que pueden pasar años sin que el pediatra vea un solo caso. En nuestro Servicio de Puericultura del Hospital Barros Luco, en el espacio de cinco años, hemos visto dos casos: uno, hace ya 3 años, en el cual el diagnóstico sólo se hizo en la mesa de autopsia, y, el otro, hace apenas algunos días, diagnosticado clínicamente y comprobado en la mesa de disección.

En nuestro país todavía no se han publicado casos de esta naturaleza; eso sí, se sabe de niños con peritonitis aguda en esta temprana época de la vida, observados por los Dres. Gantes, Tejada, Ahumada, Peña y otros más. En niños de mayor edad, los casos se presentan con mayor frecuencia, y así podríamos recordar el dado a conocer por el Dr. Eggers a la reunión clínica de la Casa Nacional del Niño, en Junio de 1933, que se caracterizaba por tratarse de un lactante de 41 días con erisipela y que presentó, a continuación, una peritonitis fibrino-purulenta generalizada, sólo comprobada a la autopsia.

En realidad, si abrimos cualquier libro de Pediatría, antiguo o moderno en el capítulo de las peritonitis del recién nacido, siempre nos encontraremos con este concepto: la peritonitis del recién nacido es una enfermedad muy rara y de muy difícil diagnóstico. Y tan cierto es lo que decimos, que si tomamos el Tratado de Enfermedades de los Niños, de Henoch, tan interesante, ameno e instructivo, publicado, en lengua española, en 1888, veremos que el autor alemán nos dice que "en la peritonitis del recién nacido, de tal modo se complican los síntomas, abultamiento, tensión, sensibilidad del

diarrea y vómitos con fenómenos generales, que no llega a constituirse un cuadro clínico claro de la enfermedad”.

Y si nosotros tomamos la opinión de los autores contemporáneos, veremos que el ilustre Profesor Finkelstein, en su Tratado de las Enfermedades del Niño de Pecho, expresa lo siguiente: “la experiencia nos dice que en ninguna edad transcurren tan frecuentemente ignoradas las peritonitis, como precisamente en los niños pequeños; en primer lugar, porque sus síntomas son semejantes a los de las gastro-enteritis agudas e intoxicaciones metabólicas, mucho más frecuentes, y, en segundo término, porque las formas que por su intensidad llegan a tener importancia autónoma, son bastante raras en esta temprana edad, en forma que no siempre se piensa en la posibilidad de su existencia”.

Y en uno de los países de esta América, nos referimos al Uruguay, el Profesor P. de Pena, del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura de Montevideo, en una de sus conferencias sobre peritonitis aguda en el niño, nos dice exactamente lo mismo que Finkelstein, hasta con las mismas palabras.

—En ciertos niños que recién nacen, muy raros por suerte, y que mueren poco después, se encuentran, a veces, restos de una peritonitis fetal aséptica, en forma de adherencias o bridas. Estas peritonitis fetales pueden ser, como nos los dice Feer, la consecuencia de anomalías de conformación del intestino y del aparato genital o de la salida de contenido intestinal por una perforación. Como ejemplos tenemos el de Boikan, publicado en 1932, en que se dá a conocer un caso de peritonitis meconiana por perfección espontánea del divertículo de Meckel, producido, según el autor, alrededor del cuarto mes de la vida intrauterina.

También vale la pena recordar los dos casos de Jachens, en los cuales el diagnóstico se comprobó en las radiografías que daban una imagen de seropneumoperitonitis.

Varios son los casos de peritonitis estercorácea publicados, pero hasta que agreguemos el de Wagner, que se caracterizaba porque el peritoneo estaba marcadamente engrosado y existía una reacción inflamatoria alrededor del íleo con necrosis del ciego.

En 1938, Bollettino publicó en Il Lattante otro caso de peritonitis estercorácea, diagnosticado clínicamente; en la autopsia se comprueba el diagnóstico y se ve que la lesión era debida a la perforación de una úlcera del colon transverso.

En otras ocasiones, la peritonitis no es meconiana sino de tipo hemorrágico, debida a la rotura de órganos tan importantes como el hígado y las glándulas suprarrenales. Un ejemplo lo tenemos en los dos casos de Nussbaum, en que se produjo una hemorragia masiva abdominal.

Cuando en un recién nacido se produce la perforación de alguna parte del tubo digestivo, ella puede dar lugar a un cuadro peritoneal con las siguientes características clínicas: se nota una gravedad extrema del enfermito; hay cianosis; el abdomen está distendido y el escroto o la vulva están, por lo general, edematosos. Muchas veces hay induraciones rojizas en la región edematosa, que pueden semejar la erisipela. Los vómitos son frecuentes y persistentes. Las deposiciones pueden estar ausentes o son escasas (Thelander).

No siempre la peritonitis purulenta del recién nacido es generalizada, sino que puede estar perfectamente localizada, como en la observación de Touvinen. En la autopsia se encontró una atresia congénita del conducto biliar y casi completa estenosis de la válvula íleo-cecal. El apéndice estaba envuelto en adherencias mesentéricas y finalmente se halló una peritonitis regional. El niño falleció al octavo día.

El germen que produce la peritonitis aguda purulenta generalizada del recién nacido puede variar en cada caso.

Rodríguez Castro y Placé describe una peritonitis a neumococcus en un niño de 15 días. Praderi dió a conocer un caso de peritonitis en un recién nacido de 2,700 grs.; la punción abdominal dió 3 cc. de líquido turbio; en el cultivo se encontraron estreptococcus.

Slebosiano asevera que el bacilo fecalis-alcálico, un saprófito del intestino, puede volverse patógeno. Para demostrarlo, da a conocer dos casos, que presentaron vómitos, retención de meconio, ictericia, ligera hipotermia y esclerema generalizado. La necropsia demostró la existencia de peritonitis fibrino-purulenta y atresia del íleo a nivel de la válvula íleo-cecal.

En nuestro caso se encontraron estreptococcus.

El punto de partida de la peritonitis también puede ser muy variable. E. Weill expresa que está habitualmente ligada a una septicemia puerperal. Pero Cassell da a conocer dos casos de peritonitis fibrinosa sin antecedentes de afección puerperal.

A su vez, Feer considera que en la mayoría de los casos, las infecciones parten de los vasos umbilicales; después, siguen las inflamaciones metastásicas y, finalmente, las procedentes de

una prolongación de las inflamaciones intratorácicas. Mucho más raras son las debidas a una perforación.

Pero Marcel Metzger piensa que las peritonitis consecutivas a una infección umbilical son, actualmente, muy raras. A veces tienen relación con una ulceración del aparato digestivo o con una infección intestinal banal.

En nuestro caso, como luego lo veremos, el punto de partida de la peritonitis debe haber sido una erisipela de la pared abdominal.

Ahora, nos referiremos, de lleno, al caso que tuvimos ocasión de observar últimamente.

ANTECEDENTES. — Madre de 21 años, secundipara, sin antecedentes de abortos y con reacción Wassermann (—). Se comprueba una presentación céfalo-pélvica apoyada en trasversa. Estrechez pelviana poco marcada, dilatación completa, membranas rotas hace 24 horas, contracciones subintrañtes.

Forceps a nivel del estrecho superior; descenso, rotación, aplicación en directa (Dr. Valenzuela).

Nace el niño el día 9 de Julio, a las 7 A. M.

Niño: Sexo femenino, 2.750 grs.; largo, 48½ cms.; circunferencia craneana, 34 cms.; circunferencia torácica, 31 cms.; circunferencia abdominal, 30 cms.; relación fetoplacentaria, 1 x 5,5.

Regular estado general, erosión fronto-palpebral derecha, hemorragia subconjuntival, parálisis facial poco acentuada, resto del examen normal.

Es dada de alta el 16 de Julio, sin que se compruebe la menor alteración abdominal.

El 25 de Julio es traída por sus familiares y se puede entonces evidenciar el siguiente cuadro clínico: estado general gravísimo, fascies intoxicada, temperatura rectal, 36.8; temperatura inguinal, 36°; edema duro de los muslos, erosión labio mayor derecho. No presenta vómitos ni diarreas.

Abdomen: Abultado, tenso, difícilmente depresible. Pared abdominal, a nivel de la región infraumbilical izquierda, engrosada y con manchas rojizas. La percusión del abdomen da timpanismo exagerado en toda su extensión.

Ombiligo evertido, formando una especie de cráter.

Con mucha dificultad se puede palpar el hígado a dos traveses, mientras que es imposible sentir el bazo por la distensión y pastosidad de la pared abdominal en esta región.

Se hace entonces el diagnóstico de peritonitis aguda y se lleva la niña al Servicio de Cirugía. Los cirujanos resuelven no intervenir: 1.º, porque el diagnóstico de peritonitis ofrecía dudas; 2.º, porque se comprobaba una erisipela, y 3.º, porque el estado general de la niña era gravísimo y no había posibilidad alguna de salvarla.

En estas condiciones, se resuelve hacer un tratamiento médico a base de suero glucosado, transfusión sanguínea y daganán, pero la niña fallece once horas después.

Autopsia abdominal: Al abrir el abdomen sale líquido amarillento claro (alrededor de 5 cc.) de los flancos y fosa pelviana. Las asas intestinales se presentan cubiertas, entre sí, por membranas fibrino-purulentas, que llegan, por arriba, hasta la región hepato-esplénica.

La pared abdominal, en el lado izquierdo, se presenta gruesa y edematosa en toda su extensión, con la piel de color rojo.

No se encuentran malformaciones congénitas ni ulceraciones. Apéndice normal, dirigido hacia abajo y adentro. Riñones y cápsulas suprarenales, normales. Hígado de 170 grs. de peso. Bazo de 20 grs., cubierto de membranas fibrinosas. No se encuentran alteraciones en el resto del organismo.

(Dr. Muñoz, Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Barros Luco).

De la observación de nuestro caso, cabe una pregunta:

¿Se puede llegar al diagnóstico clínico de peritonitis aguda del recién nacido, cuando recién se ha iniciado el proceso?

Feer afirma que el diagnóstico choca con dificultades, porque los síntomas característicos son poco pronunciados, y el meteorismo, los vómitos, la postración pueden ser debidos a muchas otras causas.

En realidad, en gran número de casos el diagnóstico sólo se hace en la mesa de autopsia.

Para Weill, el diagnóstico clínico se basa en los vómitos, las temperaturas altas y los signos físicos. Otros agregan las deposiciones diarreicas, que permiten diferenciarlas de la oclusión intestinal.

Desde luego, hay casos en que no se mencionan los vómitos. En nuestro caso, no existe este síntoma, por más que se ha insistido sobre ello ante la familia.

Las deposiciones pueden ser perfectamente normales. Praderi publicó en los Archivos de Pediatría del Uruguay un interesantísimo trabajo sobre peritonitis del lactante, en el cual anota, textualmente, que debe rectificarse la creencia que la diarrea es infaltable.

Las temperaturas no siempre son elevadas, a pesar que así lo afirma Weill y a pesar que, entre nosotros, así lo ha comprobado Gantes en varios de los casos vistos por él.

Slobosiano, Cienfuegos, Praderi, Ahumada, Tejeda, etc., anotan la falta de temperatura en los casos seguidos por ellos.

Por lo demás, no hay que tomar muy en cuenta este síntoma, puesto que los hechos demuestran la inestabilidad térmica de la mayoría de los niños, en los tres primeros meses de su vida.

Los signos físicos abdominales tienen, por su puesto, gran valor diagnóstico. En todos los casos, hay abdomen abultado, tenso y timpánico. En algunas ocasiones el vientre tiene el aspecto de un balón y se percibe matidez en las regiones declives.

En el período estado, la pared abdominal se presenta muy delgada, por la distensión, y hay circulación colateral superficial. En nuestro caso, el lado izquierdo del abdomen estaba muy engrosado, por la erisipela concomitante.

La punción abdominal da, a veces, como en el caso de Praderi, salida a cierta cantidad de líquido purulento, indicador del proceso inflamatorio peritoneal.

La radiografía puede ser útil en algunas ocasiones, porque nos puede dar la sombra de una seropneumoperitonitis.

Hay un signo abdominal, que no ha sido descrito y sobre el cual quisiéramos llamar la atención: en los casos que hemos observado, el ombligo, sin estar enrojecido, se presentaba evertido, prominente, pero no como en las simples hernias umbilicales, sino que formando una especie de cráter, arrasando, si así pudiéramos decirlo, los tejidos que lo circundan. Sería interesante comprobar si este signo es común a la mayoría de las peritonitis agudas purulentas del recién nacido.

En resumen, creemos que es posible hacer el diagnóstico clínico de la peritonitis aguda del recién nacido cuando se presenta el cuadro clínico ya descrito y que nosotros podríamos esquematizar de la siguiente manera: fascies tóxica — inquietud manifiesta en un principio y, después, somnolencia y depresión progresiva de las fuerzas—, abdomen abultado, tenso, timpánico y alteraciones umbilicales en la forma ya descrita. Infiltración marcada de las extremidades inferiores, principalmente a nivel de los muslos. Presencia o ausencia de vómitos, diarreas y temperaturas elevadas.

BIBLIOGRAFÍA

- E. WEILL. — Précis de Médecine des Enfants. 1911, pág. 699.
- M. METZGER. — Les premiers jours du nouveau-né. 1931, pág. 211.
- HENOCH. — Enfermedades de los niños. 1888, pág. 585.
- E. FEER. — Tratado de enfermedades de los niños. 1928, pág. 378.
- H. FINKELSTEIN. — Tratado de las enfermedades del niño de pecho. 1929, pág. 779.
- J. A. PRADERI. — Arch. de Pediatría del Uruguay. Dic. 40, pág. 893.
- BERANGER. — Peritonitis fetal y malformaciones congénitas. Arch. Arg. de Pediatría. 1935, pág. 467.
- RODRIGUEZ CASTRO Y PLACE. — Peritonitis a neumococcus en un lactante de los 15 días. Arch. Urug. de Pediatría. 1933, pág. 235.
- F. DE PENA. — Instituto de Clínica Pediátrica y de Puericultura. Fac. de Medicina de Montevideo. Conferencias. Julio de 1930, pág. 61.
- EGGERS. — Reunión clínica de la Casa Nacional del Niño. Revista Chilena de Pediatría. Julio 33, pág. 339.
- WILE Y SAPHIR. — Migratory peritonitis. Am. Journal of Diseases of Children. Marzo 32, pág. 610.
- NUSSBAUM. — Massive intra-abdominal hemorrhage in the new-born—a *dis. of children*. Julio 32, pág. 146.
- W. S. BOIKAN. — Meconium peritonitis. Arch. Pathl. 14:50. Julio de 1932.
- IASCHEHS. — Peritonitis meconiana por perforación espontánea del intestino. Monatschr. f. Kinderh. 53:188. 1932 (resumen del A. J. of Dis. of Children. Dic. 32, pág. 1341).
- SLOBOSIANO. — Nourrisson. V-20. 1-72. Enero 1932.
- WAGNER. — Peritonitis fetal. Am. J. Dis. of Children. Oct. 39. pág. 857.
- TUOVINEN. — Anomalia congénita de la válvula de Bankin (resumen Am. J. D. Ch. Dic. 39, pág. 1,312).
- BOLLETTINO. — Peritonitis estercorea del recién nacido. Il lattante. 9:275. Julio 1938.
- THE LANDER. — Perforation of the gastro-intestinal Lact. Am. J. Dis. Children. Agosto 39, pág. 371.