

RESUMEN DE ESTENOSIS PILORICA

Medicina humana

Dr. Jeffery Anzhony Cruz

PRESENTA:

Andrés Alonso Cancino García

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

6to Semestre Y Grupo B, Pediatría

Comitán de Domínguez, Chiapas

Fecha: 15/05/2021

La estenosis hipertrofica del píloro es un trastorno producido por la hipertrofia del músculo pilórico, que genera una obstrucción progresiva del vaciamiento gástrico. Representa la causa quirúrgica más común asociada a vómitos no biliosos en la infancia. Se desconoce la etiología específica, se ha descrito que es multifactorial, puede ser:

1. Descoordinación entre el peristaltismo gástrico y la relajación pilórica, que lleva a aumento de la presión contra el píloro y su consiguiente hipertrofia.
2. Elevación de gastrina por el aumento hereditario de células epiteliales de la mucosa gástrica.
3. Diminución de terminales nerviosas y neurona de la entérica de óxido nítrico por defecto en el gen NOS1.
4. Otros: relación entre el uso de macrólidos en las primeras 2 semanas de vida, así como el uso temprano en entamoza y lactancia.

Epidemiología

El 96% de los casos entre las semanas 2 y 12 de vida extrauterina, con mayor incidencia en la cuarta semana. Se presenta en 2-8 de cada 1000 nacimientos, con mayor prevalencia en población blanca y los varones se ven afectado cuatro a seis veces más que las mujeres.

CLINICA

La presentación depende de la duración de los síntomas. El vómito es el motivo de consulta que se presenta de forma constante; estos son postprandiales inmediatos y se hacen cada vez más frecuentes y forzados, con frecuencia en proyectil. Sin embargo, hasta el 1.4% puede presentar vómito bilioso como una presentación atípica.

A la exploración física se encuentra un paciente irritable, hambriento al inicio y posteriormente letárgico conforme evoluciona la deshidratación y desnutrición. Se encuentran distensión gástrica y pueden llegar a observarse ondas peristálticas en el cuadrante superior izquierdo, debido al agrandamiento de la cámara gástrica que retiene alimentos. Además, se podría palpar una masa "olivar" firme y dura de hasta 7 cm, localizada en epigastrio junto al borde hepático como signo patognomónico.

Es frecuente también descubrir alcalosis metabólica hipopotasémica, hipoclorémica e hiperbilirrubinemia e ictericia, secundaria al aumento de la circulación enterohepática y disminución de la acción de la gto. conjugada transferasa.

Hasta en el 80-90%, se logra el diagnóstico definitivo basándose únicamente en la historia clínica y el examen físico cuidadoso, dejando los estudios radiológicos en caso de duda, que son:

- Radiografía: Abdomen muestra una distensión gástrica con disminución o ausencia de gas en el intestino.

- Ultrasonido: permite evaluar el diámetro, longitud y grosor de la pared muscular del canal pilórico. Se pueden identificar dos signos ultrasonográficos: de forma transversal el signo de "la daga" observando una mucosa ecogénica rodeada de un anillo hipocogénico.
- Al realizar la serie gastrointestinal alta con bario se encuentra el signo radiológico de "la cuerda", dado por la mínima cantidad de contraste que atraviesa el canal.
- También de los solicitores se examina de laboratorio para descartar la presencia de los alteraciones hidroelectrolíticas y trastornos metabólicos.

Tratamiento (Tx)

Manejo inicial consiste en corregir el desequilibrio hidroelectrolítico que se presente y posteriormente se realiza el tratamiento definitivo, que es quirúrgico.

- Se realiza la Pílorotomía de Ramstedt, que continúa siendo el gold standard, ya que es un procedimiento seguro que permite la liberación de la constricción y el paso del contenido gástrico.
- La técnica laparoscópica que produce menor estancia hospitalaria y otra posible terapia es la dilatación con balón de toma endoscópica, la cual se usa solo si el procedimiento quirúrgico no es posible.

Mendez Sanchez, P. (2018). Estenosis hipertrofica de piloro. Vol. 3. Num. 11. Revista medica sinergia. pp. 10-13.

Bibliografía

Méndez Sánchez, R. (2018). Estenosis hipertrófica de pílora. Revista medica Sinergia . Volumen 3, Numero 11. pp. 10-18.