



**Universidad del Sureste
campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

**Infografía Estenosis hipertrófica de
píloro**

Alinne Pérez Velasco
sexto semestre "B"

Pediatría

Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de junio de 2024

Introducción

La estenosis hipertrófica de píloro (EHP) es la causa más común de obstrucción intestinal alta en el neonato, después de la segunda semana de vida. La incidencia promedio es de 1 a 3 casos por cada 1 000 nacimientos. Se desconoce su etiología, pero los factores de riesgo que pueden causar esta enfermedad son: sangre B y O, menores de 5 meses y los macrólidos en las primeras semanas de vida. Se caracteriza por una marcada hipertrofia e hiperplasia progresivas de las fibras musculares que forman el esfínter pilórico, que obstruye progresivamente el canal pilórico. Tiene un predominio en el sexo masculino y se manifiesta por vómitos en proyectil, sin bilis, iniciados alrededor de la 3a. semana de vida, postpandriales, ondas peristálticas gástricas visibles, palpación de oliva pilórica, El diagnóstico temprano evita las complicaciones usuales de la entidad (deshidratación, alcalosis metabólica hipoclorémica, desnutrición). Su diagnóstico es clínico y su tratamiento quirúrgico (piloromiotomía de Fredet-Ramsted) rehabilita por completo sin dejar secuelas.

Estenosis hipertrofica DEL PILORO

DEFINICIÓN



Disminución de la luz intestinal a nivel del píloro debido a hipertrofia e hiperplasia de la capa muscular de la porción del antro pilórico del estomago que provoca obstrucción al vaciamiento gástrico

EPIDEMIOLOGÍA

incidencia 1.5 a 3 casos por cada 1000 nacimiento



FACTORES DE RIESGO

- primogénito
- <5 meses
- sangre B y O
- macrólidos en 1ra semana de vida
- 4-5: 1 raza blanca



CUADRO CLÍNICO



- vomito en proyectil, progresivo, postprandial, no bilioso 3-6 sem de vida
- alcalosis metabólica hiperclorémica
- llanto por hambre, succiona continuamente sus manos
- ondas peristálticas gástricas visibles
- palpación de oliva pilórica
- aparece durante la 1ra sem (20 días)
- signos visibles de deshidratación



DIAGNÓSTICO

- 1ra elección: ecografía abdominal (signo doble riel)
- 2da elección: serie esófago gastro duodenal
- endoscopia: si USG y serie EGD no son concluyentes
- Labs: GASA.



TRATAMIENTO

cirugía: pilorotomía de Fedet-Ramstedt abierta mas eficaz y menos complicaciones

Corrección hidroelectrolítico: requerimientos basales 120-150 ml/kg/día

Reinicio de VO posterior a las 6 horas de ayuno y manejo del dolor : paracetamol 15 mg/kg/dosis c/4-6 horas por 5 días



Conclusión

En conclusión, para el recién nacido en los primeros días de vida hay que hacer una valoración importante para descartar enfermedades graves y tratarlas a tiempo o ver si es algo fisiológico o puede tener un tratamiento no farmacológico. En esta enfermedad la falta de ingesta de alimentos condiciona balance calórico negativo. Aparece detención de la curva ponderal y pérdida de peso. La constipación es frecuente. Si no se detiene el avance de la enfermedad, sobrevienen alteraciones hidroelectrolíticas: alcalosis metabólica hipoclorémica. La mortalidad de la EHP sin tratamiento se debe casi siempre al choque por deshidratación, la mortalidad es rara después de la piloromiotomía de Fredet-Ramsted, las secuelas a largo plazo por el tratamiento quirúrgico son mínimas. Se le conoce como la reina de la cirugía, ya que es curativa y rehabilitadora en el 100 % de los casos.

Referencia bibliográfica

Diagnóstico y tratamiento de la estenosis hipertrófica congénita de píloro. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017

Salud y enfermedad del niño y del adolescente. Pediatría. Martínez. 7^a edición.