

**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema: Infografía De Estenosis Hipertrófica  
De Píloro**

**Docente: Aguilar Ocampo Cristian Jonathan**

**Alumno: Iván Alonso López López**

**Grado: Sexto Semestre**  
**Grupo "B"**

**Materia: Pediatría**

## **Estenosis hipertrófica de píloro**

La estenosis hipertrófica del píloro es una condición médica que afecta principalmente a los lactantes, generalmente durante las primeras semanas o meses de vida. Se caracteriza por un engrosamiento muscular en la porción del píloro del estómago, lo que provoca una obstrucción parcial o completa en la salida del estómago hacia el intestino delgado, aunque la causa exacta no siempre es clara, se cree que factores genéticos y ambientales pueden jugar un papel importante. Algunos estudios sugieren una posible predisposición familiar, los lactantes afectados pueden presentar vómitos persistentes después de las comidas, que al principio pueden ser esporádicos y luego se vuelven más frecuentes y proyectiles. También pueden mostrar signos de deshidratación, como letargo, pérdida de peso y escasez de orina, el diagnóstico suele realizarse a través de la historia clínica, el examen físico y pruebas como la ecografía abdominal, que puede mostrar el engrosamiento característico del músculo del píloro, la corrección definitiva se realiza generalmente mediante una intervención quirúrgica llamada piloromiotomía, en la cual se corta a través del músculo engrosado para permitir que el píloro se abra y el estómago se vacíe adecuadamente. Esta es una cirugía segura y efectiva, y los lactantes suelen recuperarse rápidamente después de la operación.

# ESTENOSIS HIPERTROFICA DE PILORO

## DEFINICIÓN

Disminución de la luz intestinal a nivel del píloro debido a hipertrofia e hiperplasia de la capa muscular de la porción antro pilórica del estómago, que provoca obstrucción al vaciamiento gástrico y es la causa más común de obstrucción intestinal alta en el neonato.



## FACTORES DE RIESGO

- 1.- Primogénito.
- 2.- Menor de 5 meses.
- 3.- Raza blanca.
- 4.- Macrólidos en las primeras 2 sem. de vida.
- 5.- Grupo sanguíneo B y O.



## EPIDEMIOLOGÍA

1.5 a 3 casos por cada 1000 nacimientos de predominio en hombres.



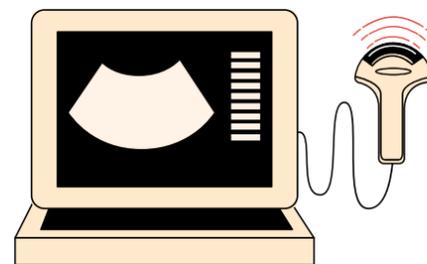
## CLINICA

- 1.- Vómitos en proyectil, progresivo, postprandial, No bilioso, iniciados alrededor de 3-6 semanas de vida.
- 2.- Palpación de oliva pilórica.
- 3.- Ondas peristálticas gástricas visibles.
- 4.- Llanto por hambre, succiona continuamente sus manos.



## DIAGNOSTICO

- 1.- Ecografía abdominal.
- 2.- Serie Esófago Gastro Duodenal.
- 3.- Endoscopia.
- 4.-Laboratorios: GASA Alcalosis metabólica e hipoclorémica.



## TRATAMIENTO

- 1.- Pílorotomía de Fredet-Ramstedt.
- 2.- Corrección hidroelectrolítica puede tardar hasta 48-72 hrs.
- 3.- Reinicio de la vía oral posterior a la 6 horas de ayuno y manejo del dolor.



Hecho por: Iván Alonso López López 6°B

Pediatría de Martínez. 8ª Edición, Salud y enfermedad del niño y del Adolescente./GPC

## **Conclusión**

En conclusión, la estenosis hipertrófica del píloro es una condición médica que afecta principalmente a lactantes, caracterizada por el engrosamiento muscular en la salida del estómago hacia el intestino delgado. A pesar de que su causa exacta no siempre es clara, el tratamiento con piloromiotomía es efectivo y seguro, permitiendo una rápida recuperación en los pacientes intervenidos. La detección temprana y el manejo adecuado son clave para prevenir complicaciones como la deshidratación severa. Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los lactantes afectados por esta condición pueden esperar una mejoría significativa en su calidad de vida y desarrollo físico.