



**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Infografía**  
**Cristel alcala ochoa**  
**6 “B”**

**Pediatría**  
**Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo**

## Introducción

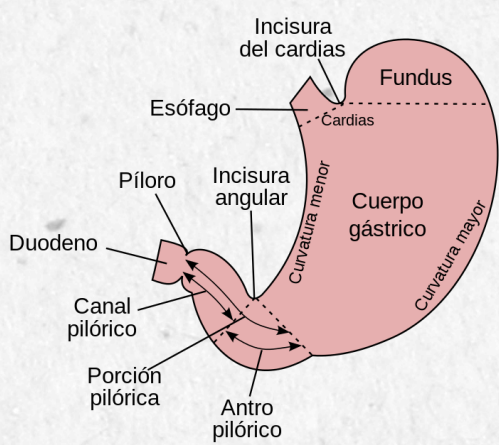
Se caracteriza por ser un estrechamiento del canal pilórico, generada como resultado de una hipertrofia de los músculos que forman el píloro y representa la causa quirúrgica más frecuente asociada a vómitos no biliosos en la infancia. Su etiología es desconocida, sin embargo, se sugiere un origen multifactorial, donde influyen tanto factores genéticos como ambientales. Generalmente las manifestaciones clínicas incluyen vómitos postprandiales, la presentación de una masa en forma de oliva a la exploración de abdomen, y una alcalosis metabólica hipoclorémica debido a la pérdida de grandes cantidades de ácido clorhídrico. El diagnóstico de la patología es clínico, sin embargo, métodos como el ultrasonido y la serie gastroduodenal con bario son útiles para la confirmación del diagnóstico. El tratamiento de la patología continúa siendo quirúrgico, mediante piloromiotomía extramucosa, la cual presenta un bajo índice de complicaciones y tiene un buen pronóstico general.



# Estenosis hipertrofica de piloro

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.

causa + comun obstrucción intestinal alta en el neonato



## epidemiologia y factor de riesgo

incidencia: 1.5 a 3 casos por nacimientos

- primogenito
- <5 meses
- 4-5:1 raza blanca
- macrolidos en las primeras 2 semanas de vida
- B y O

## clinica

- vómitos en proyectil, progresivo, no bilioso inicia en 3-6s de vida
- Ondas peristálticas gástricas visibles
- Palpación de oliva pilórica
- AP en la 1era semana siendo típico a los 20 días
- alcalosis metabólica hipoclorémica
- signos de deshidratación



## diagnostico

**Ecografía abdominal:** Se detectara un grosor del musculo pilórico superior a 3-4 mm y longitud mayor de 17 mm

**Serie Esófago Gastro Duodenal:** Se observa signo de la cuerda, conducto pilórico alargado y estrecho.

**Endoscopia**

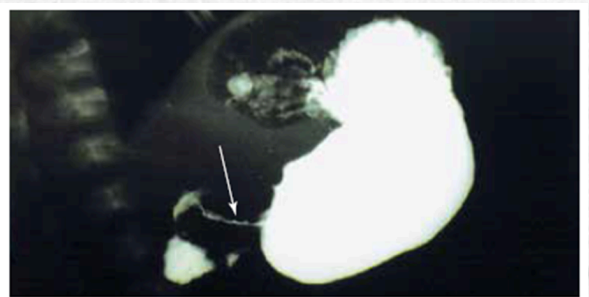
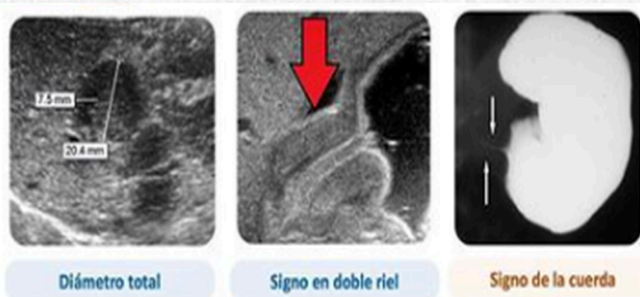


Figura 4.12. Tránsito digestivo superior: "signo de la cuerda"

La atresia duodenal + fcte en niños con sx de down

## tratamiento

- corrección de electrolitos
- Elección pilorotomía de Fredet-Ramstedt
- Reinicio de la vía oral posterior a la 6 horas de ayuno

