



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Estenosis Hipertrófica del Píloro

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Sexto semestre

Materia: Pediatría

Docente: Dr. Cristian Jonathan
Aguilar Ocampo

Comitán de Domínguez Chiapas a 20 de junio de 2024

Introducción

Las enfermedades que agobian a los recién nacidos, a los neonatos y a los lactantes menores son de suma importancia en el estudio de la rama de pediatría puesto que el tratamiento oportuno, correcto e inmediato puede evitar la aparición de complicaciones, gravedad y prolongación de la enfermedad. En el caso de las enfermedades del tracto gastrointestinal o que tienen que ver con alguno de sus componentes anexos, es de suma importancia su cuidado y tratamiento puesto que dejarlo avanzar puede condicionar no solo a un agravamiento de la enfermedad como tal, con el posible efecto mortal del paciente sino que podría dañar las estructuras y componentes que son de suma importancia para el buen funcionamiento de tubo digestivo, teniendo como consecuencia post enfermedad una mala absorción de nutrientes, desnutrición que se deriva de las mismas complicaciones que al final afectarían la calidad de vida del paciente, futuras complicaciones, y llevar a la fatalidad del paciente o nunca dejarlo desarrollarse física y mentalmente de manera exitosa.

La estenosis hipertrófica del píloro, si bien es una enfermedad que puede diagnosticarse de manera oportuna y relativamente de una manera sencilla, es importante que se dé un tratamiento rápido para evitar las complicaciones que pueden contribuir a un estado delicado del paciente.


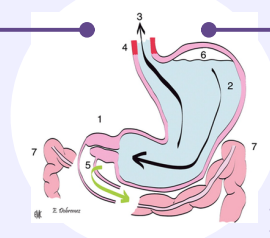

A continuación veremos las principales características de la Estenosis Hipertrófica del Píloro con su cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento de una manera sencilla y clara para tratar de dejarla lo más entendible posible.

C. Rodrigo Velasco Vázquez

ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO

Es una 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 la obstrucción al vaciamiento gástrico.

CAUSA MÁS COMÚN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL NEONATO



CÍNICA

VÓMITOS
Ocurren como vómitos en proyectil, progresivo, postprandial, no bilioso y de inicio a los 3-6 meses de vida.

TÉCNICA A

- De lado izquierdo.
- Mano derecha el cuello y espalda para flexionar al niño.
- Explorar con la mano derecha el CSD en búsqueda de la oliva pilórica.

SÍNTOMAS FRECUENTES

- Llanto por hambre.
- Succión continua de manos.
- Ondas peristálticas gástricas visibles.
- Palpación de oliva pilórica.
- Alcalosis metabólica hipoclorémica.

TÉCNICA B

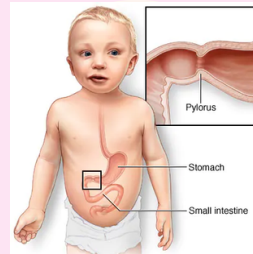
- De lado derecho de la cuna.
- Mano izquierda para sujetar al niño del cuello y espalda para flexionarlo.
- Muslo derecho entre los dedos índice y pulgar en mano derecha.
- Flexionar sobre abdomen.
- Palpar CSD en busca de la Oliva Pilórica.

PALPACIÓN DE LA OLIVA PILÓRICA

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

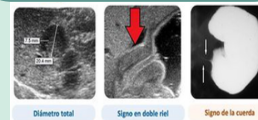
PRINCIPALMENTE

- Incidencia de 1.5 a 3 casos por cada 100 habitantes.
- Predominio en hombres (5:1) en primogénitos.
- Menores de 5 meses.
- Más frecuente en pacientes de raza blanca.
- Sangre de tipo B y O.



- Es la principal causa de cirugía abdominal en lactantes <2 meses.
- La presentación más frecuente es a los 20 días de vida.
- Uso de macrólidos en las primeras 2 semanas de vida.

DIAGNÓSTICO



ECOGRAFÍA ABDOMINAL

- Estudio de primera elección. Grosor del músculo pilórico superior a 3-4 mm y longitud > 17 mm. Diámetro total del píloro > 15-18 mm. Signo de doble riel.

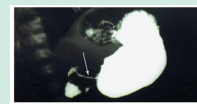
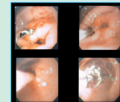


Figura 1. Signo de doble riel.

SERIE ESÓFAGO GASTRO DUODENAL

- Estudio de segunda elección.
- Se observa signo de la cuerda.
- Presencia de conducto pilórico alargado y estrecho.



ENDOSCOPIA Y LABORATORIOS

- Endoscopia solamente si USG y EGD no son concluyentes.
- Laboratorios: GASA, alcalosis metabólica e hiperclorémica.
- Signo de doble burbuja.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DE SOPORTE

- Corrección hidroelectrolítica hasta por 48-72 horas. Bolo de cristaloides isotónico a 20 ml/kg.
- Pacientes sin desequilibrio hidroelectrico se recomienda: /Líquidos 120-150 ml/kg/día./Glucosa: 5-8 ml/kg/minute./Sodio: 2-3 mEq/kg/día./Potasio 2-3 mEq/kg/día./Cloro: 2-3 mEq/kg/día.
- Reinicio de la vía oral posterior a las 6 horas de ayuno y manejo del dolor.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- Elección pilorotomía de Fredet-Ramstedt de manera abierta.



Figura 2. Pílorotomía.

OBSERVACIONES

- No se recomienda la colocación de sonda orogástrica de manera rutinaria.
- La colocación de dicho dispositivo se valorará de manera individual.

Conclusión

La Estenosis Hipertrófica del Píloro es una patología relativamente común, con un tratamiento relativamente sencillo y con una sobrevida bastante alta. Por lo que el diagnóstico de esta enfermedad debe de hacerse lo más pronto posible sin dejar de pasar tiempo que es valioso para evitar complicaciones. Con una clínica que se puede evidenciar de manera rápida, con una certeza bastante amplia y con ayuda de los estudios de gabinete, no debe de existir ningún pretexto para dejar pasar su diagnóstico.

El tratamiento de soporte es de vital importancia, teniendo en cuenta que los desequilibrios hidroeléctricos pueden condicionar a agravamientos que terminarían en un desenlace fatal para el niño.

Teniendo en cuenta que la Estenosis congénita del Píloro es una patología que afecta directamente a las estructuras encargadas del movimiento de los alimentos y la alimentación como tal debemos de cuidar en lo mayor posible que esto termine afectando al estado de nutrición del paciente, actuando de una manera precoz, acertada y de la mejor manera posible,

(Martínez, 2017)

Bibliografía

Bibliografía

Martínez, D. R. (2017). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. Ciudad de México: El Manual Moderno.