



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana



Infografía

Estenosis Hipertrofica del Píloro

Angelica Gonzalez Cantinca

Sexto Semestre

Grupo B

Pediatría

Dr. Cristian Ocampo

CONCLUSIÓN

Para poder finalizar es importante mencionar que el signo principal de la estenosis hipertrófica del píloro es el vómito, el cual se puede caracterizar por ser progresivo, no biliar, pos pandriales, profundo, de retención y en forma de proyectil. Asimismo, la frecuencia y el volumen del vómito aumenta a pesar de cambiar el volumen, frecuencia y el tipo de fórmula. Por lo tanto el estado de desnutrición y deshidratación dependerán del tiempo de evolución de la enfermedad. El examen físico debe ser cuidadoso ya que este puede proporcionar el diagnóstico definitivo en la mayoría y de los lactantes. Sin embargo, en estadios tempranos de la enfermedad los signos clásicos pueden estar ausentes.

La estenosis hipertrófica de píloro es la causa principal alcalosis metabólica en pediatría secundaria, el vómito que contiene principalmente secreciones gástricas y la pérdida de electrolitos.

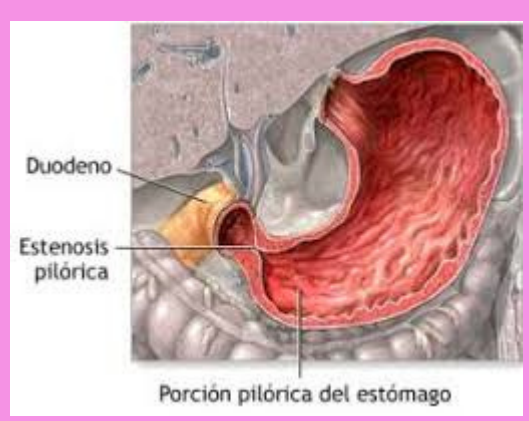
El diagnóstico se realiza por ecografía abdominal, que muestra aumento del espesor del píloro (en general, ≥ 4 mm; normal, < 3 mm), junto con elongación pilórica (> 17 mm). El tratamiento inicial de la estenosis pilórica hipertrófica está dirigido a la hidratación y la corrección de las alteraciones electrolíticas. El tratamiento definitivo consiste en una piloromiotomía longitudinal, que deja intacta la mucosa y separa las fibras musculares incididas. Después de la operación, el lactante suele tolerar la alimentación en el término de un día. La terapia no quirúrgica no se considera una buena alternativa debido a la eficacia y la seguridad de la piloromiotomía.

¡ESTENOSIS HIPERTROFICA DEL PILORO!

¿QUÉ ES?

Disminución de la luz intestinal a nivel del piloro debido a hipertrofia e hiperplasia de la capa muscular de la porción antro pilórica del estómago

Obstrucción al vaciamiento gástrico



Causa quirúrgica más común de vómitos en infantes

EPIDEMIOLOGIA

1.5 a 3 casos por cada 1000 nacimientos

Causa principal de cirugía abdominal en lactantes

Presentación más frecuente a los 20 días de vida



FACTORES DE RIESGO

Primogénito



<5 meses



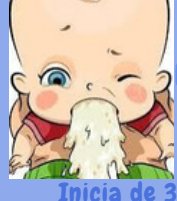
Raza blanca



Varones
Ingesta de macrolidos

CLINICA

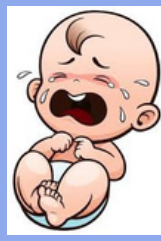
Vómito en proyectil



Progresivo postprandial no brillante

Inicia de 3-6 sem

Llanto por hambre



succiona continuamente sus manos

Signos de deshidratación



Palpación de oliva pilórica



Masa dura móvil de 1-2 cm

Ondas peristálticas gástricas visibles

IMPORTE

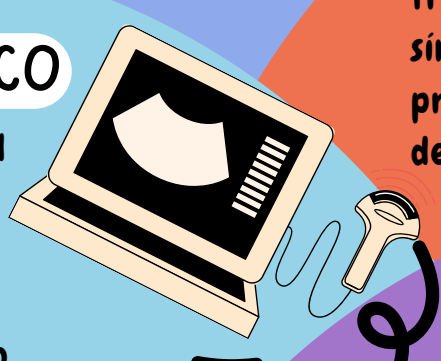
Atresia duodenal es más frecuente en niños con síndrome de Down y produce vómito biliosos desde el nacimiento.



DIAGNOSTICO

Ecografía Abdominal

1ra. Elección signo de doble riel



Serie esófago gastro duodenal

2da. Elección Signo de la cuerda

Endoscopia

Laboratorio

GASA alcalosis metabólica e hipocloremia



TRATAMIENTO

Corrección hidroeléctrica

Hasta 48-72 hrs

Ayuno, soluciones parenterales, colocar en posición semifowler (px sin desequilibrio hidroeléctrico)

Elección pilorotomía Fredet-Ramstedt

1ra elección

Reinicio de vía oral post 6 hrs de ayuno y manejo del dolor



Tx. Postoperatorio
Infiltrar herida con bupivacaina
Ayuno por 8 hrs
Soluciones parenterales
Paracetamol

Introducción

Este trabajo se creó con la intención de saber que es, cuáles son sus factores de riesgo, clínica, diagnóstico y tratamiento de la estenosis hipertrofica del piloro. Por lo tanto debemos saber que esta es una enfermedad 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, cual se torna anormalmente engrosada y se manifiesta clínicamente como obstrucción al vaciamiento gástrico. Es importante mencionar que es la causa de cirugía abdominal más frecuente en lactantes menores de 2 meses de edad, así como la principal causa de alcalosis metabólica en pediatría, la cual se presenta como consecuencia del vómito de contenido gástrico en donde se pierden hidrogeniones y cloro.

Hasta el momento se considera que su etiología es multifactorial, ya que mencionamos que es una enfermedad adquirida y no un trastorno genético. Siendo como factores de riesgo ser de raza blanca, ser primogénito, además de ser hombre y debido a antecedentes familiares. La ingesta oral de azitromicina y eritromicina coloca a los niños en un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Se presenta generalmente en lactantes entre la segunda y octava semana de vida. El diagnóstico se realiza con una ecografía abdominal, el tratamiento es quirúrgico.