

Título: Estenosis hipertrófica del píloro: Presentación de un caso

Dra. Analiz de Paula Paredes¹ <https://orcid.org/0000-0002-2230-7332>

Dra. Maite Cabrera Hernández² <https://orcid.org/0000-0002-2230-7332>

¹Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.

²Hospital Provincial Pediátrico Pepe Portilla. Pinar del Río, Cuba.

Resumen:

Introducción. La estenosis hipertrófica del píloro es una anomalía congénita frecuente, caracterizada por la hipertrofia de la capa muscular circular del estómago en la región pilórica, que necesita de cirugía para su corrección; la edad usual en la que se presenta el cuadro es de la tercera a la sexta semana, con un cuadro de vómitos copiosos no biliosos, progresivos, continuos hasta llegar al estado de deshidratación. **Objetivo:** Presentar un caso de un niño menor de un mes con hipertrofia congénita del píloro; **Caso:** Recién nacido a término de 21 días de edad, primogénito y varón, asintomático hasta la tercera semana, iniciando su expresión clínica con un cuadro de regurgitaciones cada vez más frecuentes hasta llegar al vómito cada vez más intenso, que obligó al ingreso, realizando ecografía abdominal, encontrándose: canal pilórico elongado y engrosamiento de sus paredes, de aspecto hipertrófica con diámetro longitudinal mayor a 20 mm y diámetro transversal superior a 6 mm, la serie radiográfica esófago gastro-duodenal, que reveló dilatación gástrica y dificultad al paso de contraste a duodeno, confirmándose el diagnóstico por lo que a las pocas horas fue operado con éxito. **Conclusiones:** La hipertrofia pilórica constituye una entidad que al diagnosticarse en tiempo por ultrasonido evita el uso de radiaciones ionizantes, estableciendo el diagnóstico diferencial con otras causas de vómitos en el periodo neonatal.

Palabras clave: estenosis hipertrófica del píloro; vómitos; anomalía congénita; dilatación gástrica

Introducción

La estenosis hipertrófica del píloro es una entidad descrita por primera vez por el Dr. Harald Hirschsprung en 1888, que se caracteriza por hiperplasia e hipertrofia de la capa muscular del píloro, lo que produce obstrucción a la salida del contenido alimenticio del estómago junto a distensión y peristalsis retrógrada. Su frecuencia es de 1-8 por cada 1000 nacidos vivos con un claro predominio en el sexo masculino (4:1).^{1,2}

La causa actualmente sigue siendo desconocida, aunque se piensa que varios factores genéticos, ambientales, posición en prono para dormir, uso de eritromicina, madre fumadora y hormonales formarían parte de esta patología, estando presentes varias anomalías en los diferentes componentes de la capa muscular: distribución anómala de las terminales nerviosas, alteración peptídica alterada, disminución de la producción de óxido nítrico (por disminución de la expresión del gen NOS), alteraciones ultraestructurales y disminución del número de las células de Cajal así, un incremento en la producción del factor de crecimiento insulino-like. Todo esto produciría una falla en el mecanismo de relajación muscular, aumentando la producción de factores de crecimiento, dando lugar a la hipertrofia.^{2,3}

La estenosis hipertrófica del píloro se ha asociado con varios síndromes genéticos, como Cornelia de Lange, Smith-lemli Opitz y anomalías cromosómicas como la translocación de los cromosomas 8 y 17 y la trisomía parcial del cromosoma 9.^{3,4}

Es más frecuente entre la segunda y la quinta semanas de vida, con una edad promedio de 40 días. Suele presentarse con vómitos, pérdida de peso, deshidratación, oliva palpable, onda gástrica, constipación.^{1,4}

La depleción de volumen causa activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, con aumento de la reabsorción de sodio y excreción de potasio, que provoca la característica alcalosis metabólica con hipocloremia con efecto hemodinámico de la alcalosis grave (pH mayor a 7,60) y vasoconstricción periférica y cerebral puede estar presente.^{4,5}

La porción pilórica es la zona más distal del estómago y conecta con el duodeno a través del anillo o esfínter pilórico de alta presión intermitente, que contiene una capa circular de músculo liso, capaz de contraerse tónica y fascicularmente, permitiendo el vaciado gástrico.⁴⁻⁶

El diagnóstico de certeza se establece a través de la ecografía abdominal y la radiografía contrastada de estómago y duodeno con sulfato de bario como contraste radiopaco y en pocos casos con yodo hidrosoluble.⁶⁻⁸

Un grosor de la capa muscular mayor a 3,5 mm, un conducto pilórico longitudinal superior a 14 mm y transversal (serosa a serosa) superior a 9 mm se considera patológico, aunque no hay un consenso generalizado respecto a las medidas normales del canal pilórico.⁶⁻⁸

Como diagnósticos diferenciales corresponde tener en cuenta la mala técnica alimentaria y el reflujo gastroesofágico; ambas pueden producir similar alteración por los vómitos repetidos.⁹⁻¹¹

Se considera una urgencia relativa en los centros hospitalarios, se presenta un caso de un niño menor de un mes con vómitos por hipertrofia congénita del píloro diagnosticado en el servicio de Neonatología e Imagenología del Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río en el segundo semestre del año 2021, teniéndose en cuenta los principios éticos necesarios.

Caso

Paciente de sexo masculino, primogénito, 21 días de vida, que ingresa a la guardia con vómitos de 3 días de evolución, deshidratación, disminución de peso corporal, y afebril y visualización de la oliva pilórica al examen físico.

Se solicitan estudios en sangre demostrándose la alcalosis metabólica con hipocloremia e hipocaliemia según el laboratorio junto a la clínica de haber padecido vómitos de varios días de evolución, hace sospechar síndrome pilórico por lo que se solicita ecografía abdominal; en ella se visualiza canal pilórico elongado y paredes engrosada, de aspecto hipertrófico con diámetro longitudinal mayor a 20 mm y diámetro transversal superior a 6 mm., además con serie de estómago y duodeno a solicitud de cirugía, que revelan el diagnóstico, el paciente es internado; se compensa su medio interno y luego se realiza cirugía correctora con buena evolución.

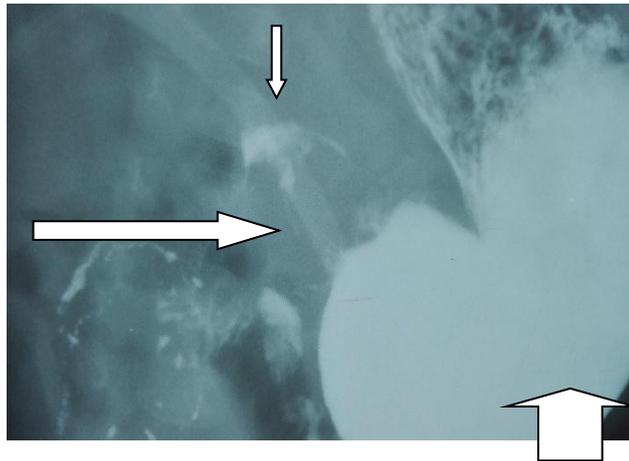
Signos Ecográficos encontrados

- Hiperperistaltismo en el estómago.
- Signo de la doble vía o doble canal sonográfico
- Imagen en diana en el corte transversal del píloro

Signos radiológicos (figura 1)

- Signo de la cuerda (flecha grande)
- Signo del paraguas (flecha pequeña)
- Dilatación gástrica con hipersecreción (flecha gruesa)
- Síndrome pilórico parcial (por paso de contraste a duodeno)

Figura 1 Radiografía baritada



Comentarios: Se considera una urgencia relativa, lo más importante y primero a tener en cuenta es estabilizar al paciente y corregir las alteraciones hidroelectrolíticas que pueden presentar estos niños que lo pueden llevar incluso a convulsionar. La cirugía debe retrasarse hasta el momento en que el paciente este correctamente estabilizado y la ecografía de alta resolución se ha establecido como la prueba de elección en el diagnóstico de la Estenosis Hipertrófica del Píloro ya que es una técnica no ionizante, no invasiva, rápida, de alta disponibilidad y bajo costo sobre todo en centros donde se cuente con equipos de alta resolución, que no requiere contraste oral y que ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad en manos experimentadas.

Conclusiones: Actualmente el uso del tránsito gastro-esofágico queda reservado a aquellos pacientes en los cuales los hallazgos ecográficos no son concluyentes y hay alta sospecha de reflujo debiendo actuar correctamente para evitar complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. Romero Morgado, G., Rodríguez Vega, Á., Casals Aguirre, R. Revisión de Estenosis Hipertrofica del Píloro. Rev Ped Elec [Internet]. 2016; 13:18-23. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/estenosis_piloro.pdf
2. Noguera-Valverde Ronald Armando. Estenosis hipertrofica del píloro. Rev cubana Pediatr [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Dic 10]; 81(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000300008&lng=es.
3. Aymerich Bolaños Oscar. Estenosis hipertrofica pilórica infantil. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2014 Mar [cited 2022 Dec 10; 31(1)]: 70-78. Availablefrom: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100007&lng=en.
4. Tamayo Meneses Luis, Galindo Gomez Jorge, Carvalho Almanza Fabiola. Estenosis hipertrofica de píloro:presentación de un caso y actualización. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2006 Jul [citado 2022 Dic 10]; 51(2): 52-58. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762006000200006&lng=es.
5. Córdoba Keila, Buttó Jenny, García Ysmelia, Marcano Yaritza, Senmache Karla, Lozada Danileing et al. Estenosis antrales en niños: manejo endoscópico. Gen [Internet]. 2013 Jun [citado 2022 Dic 10]; 67(2): 96-100. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032013000200010&lng=es.
6. Méndez Sánchez R. Hypertrophic pyloric stenosis. Revista Médica Sinergia Vol.3 Num: 11 Noviembre 2018 pp: 10 – 13---- <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms1811b.pdf>
7. Jiménez Vargas MF, Villalobos Romero B, Ching Chacón A. Estenosis hipertrofica del píloro pediátrica. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 10 de diciembre de 2022];7(6): e831. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/831>
8. Quintero Delgado Z, Cabrera Moya V et al. Guía de práctica clínica de estenosis hipertrofica del píloro. revista cubana de pediatría.

2021;93(2):e1102.Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1280378>

9. Torres-Guinand C. Guillermo, Reque-García Armando. Características clínicas y epidemiológicas de la estenosis hipertrófica del píloro en un hospital de Lima, Perú. Acta méd. Peru [Internet]. 2022 Ene [citado 2022 Dic 10]; 39(1): 45-50. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172022000100045&lng=es. Epub 05-Ene-2022. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2022.391.2224>.
10. Falcón Alvarez Armando, Martínez Villavicencio Nancy. Ultrasonografía en el diagnóstico de la estenosis hipertrófica del píloro. AMC [Internet]. 2001 Feb [citado 2022 Dic 10] ; 5(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552001000100002&lng=es
11. Mojena Medina Daylén Julia, Diaz Zayas Niurka, González Sabín Miguel Antonio, Graverán Sánchez Luis Alexis, MojenaMojenaOreste. Diagnóstico imagenológico de estenosis hipertrófica del píloro en 119 pacientes durante quince años. Multimed [Internet]. 2022 Ago [citado 2022 Dic 10]; 26 (4): e2147. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000400008&lng=es. Epub 22-Jul-2022.