

ESTENOSIS HIPERTROFICA DEL PILORO

*Dr. Pablo Cordero D.
Sub-Jefe Servicio de Cirugía Pediátrica
Hospital Guillermo Grant Benavente – Concepción
Profesor Asistente – Universidad de Concepción*

I. DESCRIPCIÓN

La estenosis hipertrófica del píloro, o piloroestenosis, es el crecimiento exagerado de la musculatura circular del canal pilórico que comunica el estómago con el duodeno, generando una estrechez que impide el paso del contenido gástrico hacia el intestino.

La causa exacta se desconoce y posiblemente sea multifactorial. Es más frecuente en varones (8 a 1), primogénitos y en hijos de padres que han padecido la enfermedad.

II. FRECUENCIA

Es una de las causas más frecuente de cirugía en el lactante menor de un año y afecta a 3 de cada 1000 recién nacidos vivos.

III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología debuta alrededor de la tercera semana de vida (entre la 2ª y la 8ª semana), en un niño previamente sano. Se manifiesta por vómitos post-prandiales no biliosos (como leche cortada, descritos como “en proyectil”), y que van aumentando en cantidad, frecuencia e intensidad, en un niño que conserva el apetito.

Si no se trata oportunamente, produce deshidratación, baja de peso y alteraciones metabólicas que pueden llegar a comprometer severamente la salud del paciente.

IV. ESTUDIO COMPLEMENTARIO

Clásicamente, se estudiaba con radiología con medio de contraste (bario) que al pasar a través del píloro mostraba una imagen alargada y filiforme.

Actualmente, por su alto rendimiento y poca invasividad, la ecotomografía abdominal es el examen de elección: se confirma el diagnóstico de estenosis si el píloro tiene una longitud mayor a 15 mm y un grosor sobre los 5 mm.

V. TRATAMIENTO

Previo a la cirugía, el paciente debe ser estabilizado, corrigiendo las alteraciones hidroelectrolíticas.

La técnica no ha cambiado durante los últimos 100 años, y consiste en la sección longitudinal de la capa muscular del píloro, rompiendo este anillo engrosado, con lo que se normaliza el paso del contenido gástrico a través del canal pilórico.

El acceso quirúrgico puede ser a través de una incisión de la pared abdominal o por laparoscopia.

VI. EVOLUCIÓN Y/O COMPLICACIONES

A pesar de ser un procedimiento con muy baja tasa de complicaciones, siempre existen los riesgos propios de la anestesia general, así como aquellas en relación con la cirugía misma (infección o sangrado). Las complicaciones más severas son la perforación de la mucosa gástrica y la miotomía insuficiente.

La realimentación se puede iniciar a las 8-12 horas, con pequeños volúmenes de leche materna o artificial, que se van incrementando según tolerancia.

Habitualmente, la evolución es favorable, con alta hospitalaria a las 48 horas. La cirugía corrige el defecto pilórico en forma definitiva, y no presenta secuelas.