

M. Gómez Tellado, R. Méndez Gallart,
D. Vela Nieto, M. Montero Sánchez,
E. País Piñero, J. Carames Bouzan,
E. Rodríguez, J. Caudal Alonso

An Esp Pediatr 1996;45:202-204.

Introducción

La estenosis hipertrófica de píloro (EHP) fue descrita por primera vez por Patrick Blair en 1717, no llegándose a la consecución de un tratamiento quirúrgico satisfactorio hasta que en 1911, Ramstedt describió la piloromiotomía extramucosa, manteniéndose como tratamiento actualmente.

La EHP aparece en 3 de cada 1.000 recién nacidos vivos, y es más frecuente en varones (4:1), no habiéndose encontrado una relación estadísticamente significativa a favor de que afecte más al primer hijo.

La etiología está poco aclarada, aunque se ha descrito una deficiencia en la innervación neuropeptidérgica pilórica en estos enfermos⁽¹⁾. Hay una asociación significativa con los grupos sanguíneos B y O⁽²⁾, y con una historia de estrés maternal en el tercer trimestre de embarazo para estos pacientes⁽³⁾.

Los síntomas suelen comenzar entre la 2ª y 5ª semanas de vida en forma de vómitos proyectantes, de contenido alimenticio, generalmente de 30 a 60 minutos tras las tomas. Durante la exploración del niño pueden apreciarse ondas peristálticas propulsivas que progresan de izquierda a derecha sobre el abdomen del niño, lo que junto a la palpación de una oliva pilórica nos dará la sospecha clínica. El diagnóstico, actualmente se completa con un estudio ecográfico, con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 100%⁽⁴⁾.

Tras la corrección de los desórdenes hidroelectrolíticos y acidobásicos que suelen presentar estos niños, se procederá al tratamiento quirúrgico.

La EHP es extraordinariamente infrecuente al nacimiento y después de los 6 meses, aunque la descripción más precoz se realizó en la autopsia de un feto de 7 meses^(5,6).

Presentamos un caso de estenosis hipertrófica de píloro (EHP) en varón nacido a término, diagnosticado y tratado a las 10 horas de vida, y cuya presentación simulaba una atresia duodenal. Hasta la fecha es el paciente operado más precozmente descrito en la literatura médica según las revisiones de casos similares.

Observación clínica

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil «Teresa Herrera». La Coruña.

Correspondencia: Dr. M. Gómez Tellado.

C/ Salorio Suárez 19, 4º ED. 15010 La Coruña.

Recibido: Agosto 1995

Aceptado: Febrero 1996

Estenosis hipertrófica de píloro en el primer día de vida



Figura 1. Radiografía simple de abdomen realizada a las 6 horas de vida que muestra gran dilatación gástrica con ausencia total de aire distal al estómago.

Nace por parto vaginal a las 37 semanas de gestación un varón de 3.250 gramos, vigoroso y con Apgar 10 a los 5 minutos. Embarazo y parto bien controlado, apareciéndose a partir de la semana 30 un moderado polihidramnios. No aparecen en la historia clínica antecedentes familiares de interés.

A las 5 horas de vida avisan por distensión abdominal e irritabilidad. Durante la exploración presenta un vómito de contenido no biliar, destacando su cantidad y su potencia. Se realiza una



Figura 2. Estudio gastroduodenal que demuestra la ausencia de paso de contraste a duodeno con un stop a nivel pilórico.

radiografía simple de abdomen que muestra ausencia total de gas abdominal. A la hora se realiza un nuevo control radiológico evidenciándose dilatación gástrica importante sin gas distal, sugiriéndose radiográficamente el diagnóstico de atresia duodenal (Fig. 1). Realizamos un tránsito gastroduodenal que muestra un stop a nivel del píloro sin paso de contraste al intestino (Fig. 2).

El paciente presenta analítica y gasometrías normales, habiendo expulsado meconio a las 6 horas de vida.

Bajo el diagnóstico de obstrucción pilórica se decide la realización de una laparotomía a las 10 horas de vida, encontrándose una oliva pilórica extraordinariamente hipertrofiada y dura, de aproximadamente 3 x 2 cm (Fig. 3), realizándose una piloromiotomía clásica con buena evolución postoperatoria.

Discusión

La EHP es extraordinariamente infrecuente al nacimiento y después de los 6 meses. Aunque la descripción más precoz se realizó en la autopsia de un feto de 7 meses^(5,6) existen casos descritos en la primera semana de vida que apoyan el origen congénito del proceso^(7,8). A pesar de que en muchos casos los sín-



Figura 3. En esta imagen se puede apreciar la oliva pilórica hipertrofiada.

Tabla I Series de estenosis hipertróficas de píloro en que se aportan las fechas de intervenciones más precoces⁽⁵⁾

<i>Serie</i>	<i>Nº pacientes</i>	<i>Operación más precoz</i>
Green, 1919	5	3er. día
Todd, 1947	112	3ª semana
Meeker, 1948	1	4º día
Pollock, 1957	1.422	2ª semana
Powell, 1962	1	10º día
Bell, 1968	305	4º día
Gibbs, 1975	132	2ª semana
Feldtman, 1976	128	5º día
Evans, 1982	50	4º día
Muayed, 1984	10	35º día
Ukabiala, 1987	41	3ª semana
McDonald, 1987	350	1ª semana
Reyna, 1987	624	6º día
Sharna, 1990	58	3ª semana
Forman, 1990	78	8º día
Zenn, 1993	1	4º día

tomos aparecen en la primera semana, son raros los pacientes operados en este período, como demuestra la revisión de Zenn y Redo⁽⁹⁾ (Tabla I). Quizás el esquema de presentación clínica clásico o la inicial sospecha de intolerancia a la leche, reflujo gastroesofágico u otra patología que curse con vómitos, retrase el diagnóstico y subsiguientemente el tratamiento.

Hay algunos casos documentados en la primera semana de vida, asociados a otras malformaciones congénitas⁽⁹⁾, no habiéndose evidenciado ningún tipo de anomalía en el que nos ocupa.

Consideramos que a pesar de ser un diagnóstico muy infrecuente como causa de obstrucción intestinal en el neonato, la EHP debe incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales

ante un contexto de polihidramnios con diagnóstico inicial de obstrucción intestinal y presentación precoz de los síntomas obstructivos compatibles con un stop a nivel del canal pilórico.

Hasta la fecha, el caso que presentamos es la EHP más precozmente intervenida, con 10 horas de vida, descrita en la literatura médica mundial.

Bibliografía

- 1 Malmfors F, Sundler F. Peptidergic innervation in infantile hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr Surg* 1986;**21**:303-306.
- 2 Dodge JA. Abnormal distribution of ABO blood groups in infantile pyloric stenosis. *J Med Genet* 1971;**8**:468-471.
- 3 Dodge JA. Psychosomatic aspect of infantile pyloric stenosis. *J Psychosom Res* 1972;**16**:1-5.
- 4 Kelle H, Walderman D, Greiner P. Comparison of preoperative sonography with intraoperative findings in congenital hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatric Surg* 1987;**22**:950-952.
- 5 Dent C. Hypertrophic Pyloric Stenosis in infants. *Br Med J* 1907;**1**:627-628.
- 6 Bell MJ. Infantile Pyloric Stenosis: Experience with 305 cases at Loasville Children Hospital Surgery. *Br J Surg* 1968;**64**:983-989.
- 7 Benson CD, Warden MJ. Seven hundred and seven cases of congenital Hypertrophic Pyloric Stenosis. *Surg Gynecol Obstet* 1957;**105**:348-354.
- 8 Meeker CS, De Nicola R. Hypertrophic Stenosis of the Pylorus in a newborn infant. *J Pediatr* 1948;**33**:94-97.
- 9 Zenn MR, Redo SF. Hypertrophic Pyloric Stenosis in the newborn. *J Ped Surg* 1993;**28**:1577-1578.