

ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO (EHP) **Desde lo aprendido en el XX a las expectativas del nuevo milenio**

M^a.G. Barrientos Fernández

Servicio de Cirugía Pediátrica del H.U. Ntra. Sra. de la Candelaria. Tenerife

INTRODUCCIÓN

La EHP ha sido una entidad clínica que ha suscitado el interés de numerosos científicos desde hace muchos años, entre los principales destacamos a: Blair que en 1717 comunica los primeros hallazgos postmortem y Hirschsprung 1888 que realiza la primera descripción clínica. Lobker en 1898 realiza una gastroyeyunostomía con éxito, pero son: Fredet en 1907, quien describe la piloroplastia con sutura de la capa muscular en transversal y Ramsted 1911, piloroplastia sin suturar la muscular, los que establecen el tratamiento quirúrgico que aún hoy se emplea.

DIAGNÓSTICO

Todo lo que precisamos para realizar el diagnóstico de la EHP es una adecuada exploración clínica. Habitualmente encontramos a un niño sano pero irritable por hambre, podemos observar ondas peristálticas gástricas visibles y es patognomónico la palpación de la oliva pilórica¹. Para ello debemos palpar al niño evitando que llore, por ejemplo en brazos de su madre y teniendo claro en que localización debemos buscar la oliva (Figuras 1 y 2).



Fig. 1. Posición adecuada del niño para la palpación de la oliva pilórica.

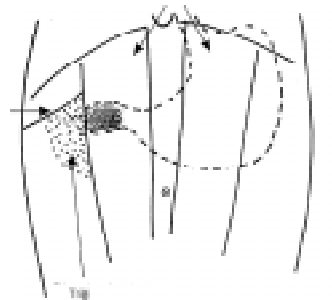


Fig. 2. Técnica de la palpación de la oliva pilórica.

Dado que los niños con EHP son evaluados cada vez con menos tiempo de evolución por sus pediatras, la palpación de la oliva pilórica es difícil, pues los niños no llegan a desnutrirse y el píloro aún no está muy aumentado de tamaño, tal y como ocurría hace años; por todo ello lo más habitual es que ante la sospecha de EHP se realice una ecografía. Dicho estudio radiológico mostrará un píloro con una longitud mayor de 16 mm y un espesor de la capa muscular de 4 mm o más (Figura 3), en los casos de medidas en el límite de la normalidad el tránsito gastro esofágico nos dará el diagnóstico; con la imagen de un píloro elongado y sin paso prácticamente al duodeno.



Fig. 3. Imagen ecográfica de la estenosis hipertrófica de píloro.

TRATAMIENTO

¿Cirugía o tratamiento médico? Parece que el tratamiento quirúrgico sigue siendo el de elección en la EHP. Han aparecido publicados estudios en los que la administración de 7 días de atropina i.v más 44 días de tratamiento v.o solventaban la EHP, pero existía un 10% de los niños que a pesar de realizar el tratamiento precisaron cirugía ². Dada la efectividad, la seguridad anestésica la cirugía pediátrica de nuestros días y la corta estancia hospitalaria el tratamiento quirúrgico se impone.

Es indispensable la corrección de los desórdenes hidroelectrolíticos antes de la intervención. Cuando el HCO_3^- es menor de 30 mEq/l la alcalosis está corregida de una forma significativa y segura antes de un procedimiento con anestesia general, pues existe una correlación directa entre la deplección hidroelectrolítica y la alcalosis metabólica ³.

Como se comentaba en los antecedentes históricos la cirugía que se realiza es la piloromiotomía extramucosa de Fredet-Ramsted, tanto en cirugía abierta como la-

paroscópica ⁴. Podemos ver el esquema quirúrgico de esta intervención en la Figura 4.

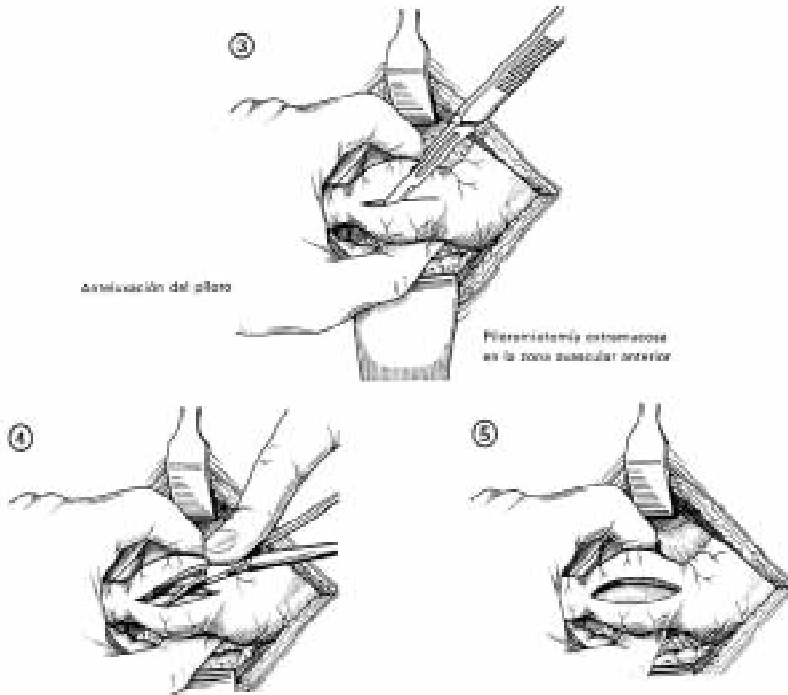


Fig. 4. Píloromiotomía extramucosa de Fedet-Ramsted.

Desde los últimos años la cirugía laparoscópica pediátrica ha tenido una enorme expansión y la EHP es una de las indicaciones para este tipo de abordaje quirúrgico; existe gran paralelismo en el inicio de la tolerancia oral, estancia y tiempos quirúrgicos; si bien los costes y la tasa de complicaciones son ligeramente mayores para la laparoscopia; en defensa de esta última hay que decir que la mayoría de los equipos laparoscópicos pediátricos están aún con la curva de aprendizaje para esta patología, por lo que habrá que hacer nuevos estudios comparativos en los próximos años.

En cuanto a: ¿cuándo y cómo reiniciar la tolerancia oral?. Se está imponiendo en la actualidad la pauta *Ad libitum*, que aunque produce episodios de vómitos postoperatorios con más frecuencia e intensidad, se consigue antes la alimentación completa y el regreso al domicilio del niño ⁵.

COMPLICACIONES

En cuanto a las complicaciones postoperatorias inmediatas podemos encontrar vómitos significativos en el 3% de los niños, infección de la incisión en el 1%, perforación de la mucosa pilórica intraoperatoria en el 4% y raramente en la actualidad even-tración y evisceración ⁶.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Ya existen estudios en pacientes intervenidos de EHP hace más de 50 años por Ramsted. En estudios realizados en pacientes operados de EHP se ha encontrado que en la edad adulta el tono pilórico es mayor y las ondas peristálticas pilóricas son menos intensas pero las ondas gástricas compensan las alteraciones pilóricas ^{7,8}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbas AE, Weiss SM, Alvear DT. Infantile hypertrophic pyloric stenosis: delays in diagnosis and overutilization of imaging modalities. *Am Surg* 1999 Jan; 65(1): 73-76.
2. Kawahara H, Imura K, Nishikawa M, Yagi M, Kubota A. Intravenous atropine treatment in infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Arch Dis Child* 2002 Jul; 87(1): 71-4.
3. Campbell BT, McLean K, Barnhart DC, Drongowski RA, Hirschl RB. A comparison of laparoscopic and open pyloromyotomy at a teaching hospital. *Pediatr Surg* 2002 Jul; 37(7): 1068-71.
4. Miozzari HH, Tonz M, von Vigier RO, Bianchetti MG. Fluid resuscitation in infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Acta Paediatr* 2001 May; 90(5): 511-4.
5. Morash D. An interdisciplinary project that changed practice in feeding methods after pyloromyotomy. *Pediatr Nurs* 2002 Mar-Apr; 28(2): 113-8.
6. Hulka F, Harrison MW, Campbell TJ, Campbell JR. Complications of pyloromyotomy for infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Am J Surg* 1997 May; 173(5): 450-454.
7. Dietl KH, Borowski U, Menzel J, Wissing C, Senninger N, Brockmann J. a. Long-term investigations after pyloromyotomy for infantile pyloric stenosis. *Eur J Pediatr Surg* 2000 Dec; 10(6): 252-256.
8. Sun WM, Doran SM, Jones KL, Davidson G, Dent J, Horowitz M. b. Longterm effects of pyloromyotomy on pyloric motility and gastric emptying in humans. *Am J Gastroenterol* 2000 Jan; 95(1): 92-100.