

Presentación precoz de la estenosis hipertrófica de píloro

Dres. J. Pratesi, L. González

Sección de Cirugía Infantil y Unidad de Neonatología
Hospital zonal de Trelew y Hospital de Puerto Madryn, Chubut, Argentina.

Resumen

La estenosis hipertrófica de píloro, puede presentarse al nacer o muy poco después. En los recién nacidos prematuros, puede no tener los síntomas clásicos y manifestarse con dificultad respiratoria o residuo aumentado por sonda nasogástrica. Ante un caso sugestivo, es aconsejable la evaluación precoz del tracto digestivo superior

Palabras clave: Estenosis pilórica - Recién nacido - Prematuro.

Summary

The hypertrophic pyloric stenosis, may be present at birth or immediately after. In the premature, the symptoms can be different from the classic ones. Respiratory distress or an elevated gastric drainage. When dealing with a suggestive case, it is advisable to perform an early evaluation of the upper gastrointestinal tract.

Key words: Pyloric stenosis - New born - Premature.

Resumo

A estenose hipertrófica de píloro pode manifestar-se ao nascimento ou logo após. Nos recém-nascidos prematuros, pode não ter os sintomas clássicos e manifestar-se com dificuldade respiratória e residuo aumentado na sondagem nasogástrica. Frente a um caso sugestivo, é aconselhável a avaliação precoce do trato digestivo superior.

Palavras chave: Estenose pilórica - Recém-nascido - Prematuro.

Introducción

La estenosis hipertrófica de píloro (EHP), fue inicialmente descrita por Hirschsprung en 1888. Desde entonces se ha avanzado en el diagnóstico y tratamiento, temas que actualmente no presentan dificultad¹. Sin embargo, todavía no se conoce con exactitud su etiología y fisiopatología. No hay certeza de que se trate de una malformación congénita o de una enfermedad adquirida postnatal. La presentación en forma inmediata al nacimiento, hace pensar en un inicio intraútero, y por lo tanto en

una alteración congénita². Se presentan tres casos de pacientes prematuros con EHP, con inicio de los síntomas muy cerca del nacimiento.

Presentación de los casos

Caso 1: niño nacido por cesárea por presentación transversa, edad gestacional (EG) 28 semanas, peso de nacimiento (PN) 1,220 gramos, APGAR 7/8 al minuto y cinco minutos respectivamente, no requirió maniobras de reanimación. Presentó hipotonía generalizada y dificultad respi-

ratoria dentro de las primeras 24 horas de vida. Laboratorio: Leucocitos con neutrofilia, líquido cefalorraquídeo normal. Se lo medicó con Cefotaxime y Amikacina, y se le colocó una sonda nasogástrica (SNG). A los 4 días se lo comenzó a alimentar; presentado desde el octavo día de vida vómitos de contenido gástrico, que obligaron a suspender la alimentación. En la radiografía se detectó dilatación gástrica; se realizó una seriada digestiva alta con aire, observándose ausencia de pasaje al duodeno. Fue intervenido a los 11 días de vida, con la sospecha de membrana prepilórica. Se realizó gastrostomía y se constató estenosis hipertrófica de piloro. Se realizó piloromiotomía según técnica de Ramstedt-Fredet, durante la cual se produjo la perforación de la mucosa, que se suturó en dos planos con polidioxanona (PDS). Se suturó el estómago sobre sonda

Pezzer como gastrostomía. Tuvo buena evolución postoperatoria. Comenzó la alimentación a los dos días de operado, sin haber presentado ninguna complicación posterior.

Caso 2: niña nacida a las 37 semanas de un embarazo normal, PN 3000? APGAR 9/10. Comienza durante las primeras 24 hs. de vida con dificultad respiratoria. En la radiografía se observa estómago dilatado. Se coloca SNG, con lo que se mejora el cuadro, y se comienza a alimentar. Presenta residuo gástrico, por lo que se realiza seriada digestiva, persistiendo el contraste más de 24 hs. en el estómago. Presentó hipoglucemia e hipocalcemia. Al cuarto día de vida fue operada con diagnóstico presuntivo de estenosis pilórica, confirmando dicho cuadro en forma intraoperatoria. Se realizó piloromiotomía extramucosa, sin presentar complicaciones en el postoperatorio.

Caso 3: niña nacida por cesárea por doble cesárea anterior, EG 35 semanas, PN 2.330 gr., APGAR 8/9. Comienza con dificultad ventilatoria a las 2 hs. de vida, colocándose oxígeno con halo. Presenta dilatación gástrica en la radiografía, que no se interpreta inicialmente como patología (fig.1). Al segundo día de nacida presenta acidosis metabólica, hipoglucemia e hipocalcemia. Al tercer día, por persistir la dilatación gástrica y residuo por la SNG, se realiza estudio contrastado, persistiendo el contraste más de 24 hs. en el estómago. Fue operada al 5º día, con diagnóstico de estenosis pilórica, realizándose piloromiotomía. No presentó complicaciones en el postoperatorio.



Fig.1: Caso 3: Importante dilatación gástrica al primer día de vida.

La EHP es considerada la urgencia quirúrgica más frecuente dentro de los 2 prime-

Discusión

ros meses de vida^{3,4}. Se considera clásicamente que la edad promedio de aparición del cuadro es en la tercera semana de vida, siendo raro en la primera semana y después de los 2 meses^{5,6,7,8}. Se cree además que cuando el paciente es prematuro requiere un período más largo que los niños nacidos a término desde el nacimiento hasta la aparición de los síntomas, como si existiera algún factor postnatal que requiere más tiempo de exposición^{5,7}. Esto no fué lo que sucedió en los casos que presentamos, en los que los síntomas fueron de aparición muy cercana al nacimiento, incluyendo un prematuro de 28 semanas de EG.

En la mayoría de los casos publicados, los síntomas de inicio fueron relacionados con la intolerancia a la alimentación^{2,5,9}. Nuestro caso presentaron como síntomas iniciales dificultad respiratoria (que podría atribuirse a la dilatación gástrica)¹⁰, y trastornos metabólicos, que podrían haber sido provocados por la prematuridad. La colocación de la SNG evidenció débito aumentado, lo que llevó a que los niños fueran estudiados precozmente.

Hay referencias en la literatura de casos con dilatación gástrica detectada intraútero por ecografía prenatal¹¹ y acompañada de polihidramnios materno⁹, lo que sugiere un inicio prenatal de la patología. Dicha presentación, descartaría la existencia de los factores de influencia postnatal. Podrían incluso existir dos cuadros etiológicamente distintos, con una misma manifestación anatómico-clínica. Las líneas actuales de investigación apuntan a los neurotransmisores, molécula de adhesividad celular, alteración en la producción de óxido nítrico, depleción de fibras nerviosas^{3,12,13}. Pero no está claro aún como se llega a la hipertrofia de la capa muscular, que es la manifestación anatómica evidente de la enfermedad.

Si bien actualmente es casi de rutina definir el diagnóstico con la ecografía, dado el pequeño tamaño del píloro de los prematuros, pueden ser necesarios estudios reiterados ya que las medidas específicas para este grupo etario aún no están bien definidas¹⁴. Los estudios contrastados, siguen siendo un excelente método para el diagnóstico.

Bibliografía

- Scorpio J, Beasley S.W.: Pyloromyotomy: why make an easy operation difficult? *J. R. Coll Surg Edimb* 38: 299-301, 1993.
- Hatiboglu, M. C., Dindar H., Cakmak, M., et al. Neonatal hypertrophic pyloric stenosis: congenital or infantile. *Tokai J Exp Clin Med*: 21, (4-6): 203-205, 1996.
- Kobayashi H, O'brairi, Puri P. Immunochemical characterization of neural cell adhesion molecule (NCAM), nitric oxide synthase, and neurofilament protein expression in pyloric muscle of patients with pyloric stenosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 20: (3): 319-325, 1995.
- Zenn M. R., Redo S. F. Hypertrophic pyloric stenosis in the newborn. *J Pediatr Surg*, 28 (12): 1577-1578, 1993.
- Ali K. J., Haddad, M.J. Early infantile Hypertrophic pyloric stenosis: surgery at 26 hours of age. *Eur J Pediatr Surg*, 6: 233-234, 1996.
- Zhang A. L., Cass D. T., Dubois R. S., et al. Infantile hypertrophic pyloric stenosis: a clinical review from a General Hospital. *J Pediatr Child Health*, 29: 372-378; 1993.
- Cosman, B. C., Sudekum A. E., Oakes D.D., et al. Pyloric stenosis in a premature infant. *J Pediatr Surg*, 27 (12): 1534-1536, 1992.
- Reyna T. M., Teyna P. A. Gastrointestinal disorders associated with emesis in infants. *Semin Pediatr Surg* 4 (3): 190-197, 1995.
- Houben C.H., Kiely E.M. Congenital hypertrophic pyloric stenosis with associated polyhydramnios in a premature infant. *Eur J Pediatr Surg*, 7: 184-185, 1997.
- Kishore Kuman R. Pyloric stenosis in a premature infant. *Australian Family Physician* 7: 619, 1998.
- Katz S., Basel D., Branski D. Prenatal gastric dilatation and infantile hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr Surg*, 4 (3): 190-197, 1995.
- Abel R. M. Bishop A. E., Dore C. J., et al. A quantitative study of the morphological and histochemical changes within the nerves and muscle in infantile hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr Surg*, 33 (5): 682-687, 1988.
- Kobayashi H., Wester T., Puri P. Age related changes in innervation in hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr Surg*, 32 (12): 1704-1707, 1997.
- Lamki, N., Athey P., Round M., et al. Hypertrophic pyloric stenosis in the neonate. Diagnostic Criteria Revisited. *Can Assoc Radiol J*, 44: 21-24, 1993.

Trabajo presentado para su publicación en marzo de 2000

Dr. J. Pratesi
Maipú 81
(9120) Puerto Madryn
Chubut. Argentina