

ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO DE PRESENTACIÓN PRECOZ. A propósito de un caso

Priego Ruiz, María del Pilar^{1,2}; Porcel Chacón, Rocío^{1,2}

¹ UGC de Pediatría y sus áreas específicas. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba. España.

² Servicio de Pediatría. Hospital QuironSalud de Córdoba. España

INTRODUCCIÓN

- La estenosis hipertrófica de píloro (EHP) se caracteriza por una obstrucción del vaciamiento gástrico debido al engrosamiento anormal de la porción antropilórica del estomago, de etiología multifactorial. EHP es extraordinariamente infrecuente al nacimiento, no obstante, se han descrito casos durante la primera semana de vida e incluso en un recién nacido (RN) de 28 semanas de edad gestacional, lo que apoya el origen congénito de esta patología.
- A continuación presentamos un caso clínico de un RN con EHP de presentación precoz.

CASO CLÍNICO

- Se presenta el caso de un RN diagnosticado de EHP a los 3 días de vida. Antecedentes personales: segundo hijo de padres no consanguíneos, embarazo controlado con ecografías prenatales normales, sin factores de riesgo infeccioso. Nace casi a término tras cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal. Apgar 9/9. Líquido amniótico meconial. No precisa reanimación en quirófano, presentando una exploración física inicial normal.
- A las 12 horas de vida presenta vómitos posprandiales alimenticios junto con náuseas que le impiden la tolerancia oral, sin otra sintomatología acompañante, decidiéndose ingreso en Neonatología para pruebas complementarias y observación clínica. Se realiza hemograma, bioquímica con reactantes de infección y gasometría: normales; así como radiografía de abdomen: sin hallazgos de interés. Durante todo su ingreso presenta muy buen aspecto, sin distensión abdominal y con presencia de tránsito intestinal.
- A pesar de la corta edad del RN y la persistencia de vómitos con la reintroducción de la alimentación, se realiza ecografía abdominal (**imágenes 1A, 1B y 2**) a las 72 horas de vida con hallazgos compatibles con EHP. Se realiza piloromiotomía en quirófano que transcurre sin incidencias. Evolución clínica favorable posterior, tolerando alimentación con leche de fórmula en las primeras 12 horas post-cirugía, siendo el alta a domicilio al cuarto día postoperatorio. En la actualidad se encuentra asintomático y con buena ganancia de peso.

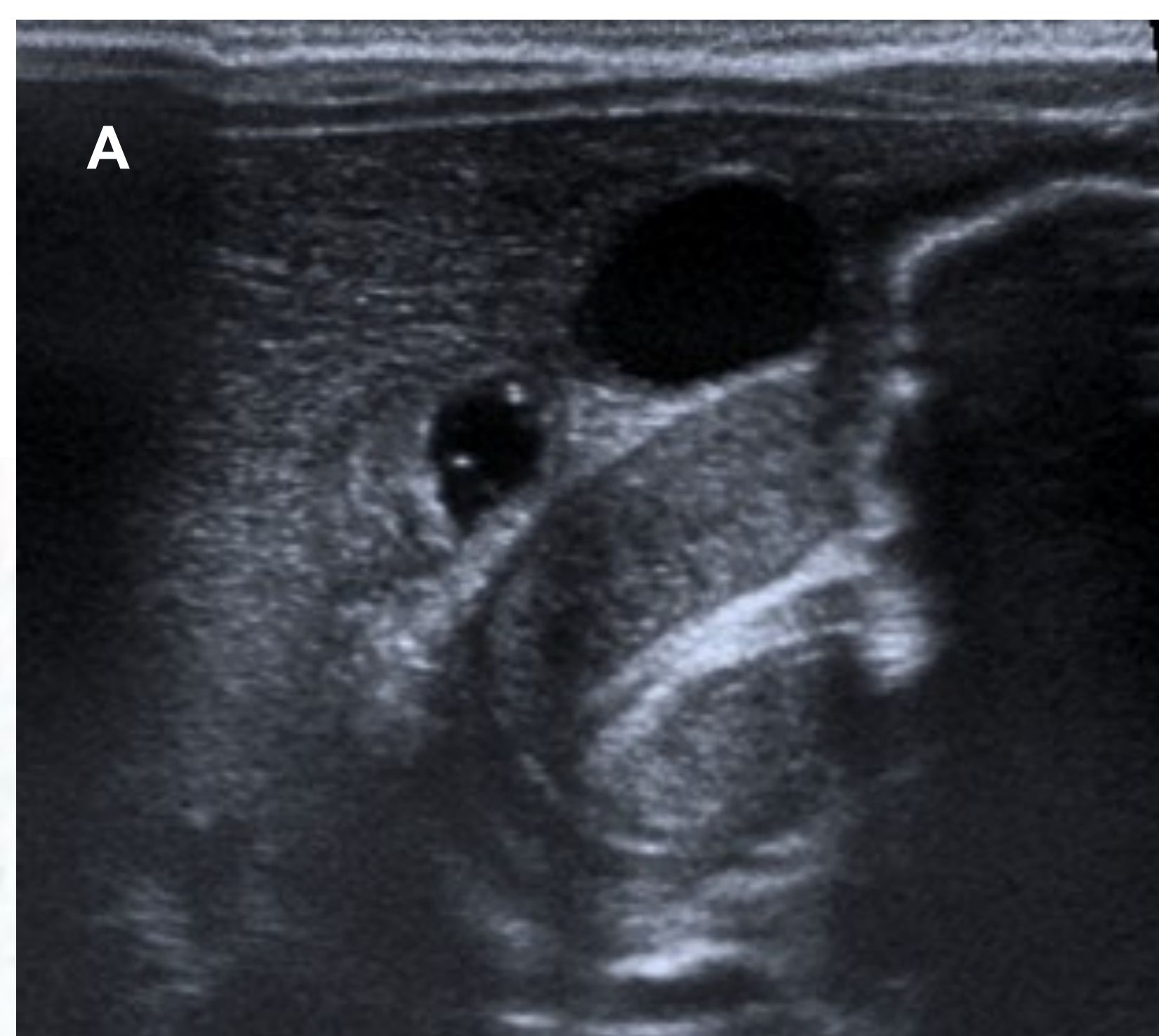


Imagen 1. A. Visión longitudinal del píloro hipertrofiado, que se encuentra adyacente a la vesícula biliar. **B.** Visión longitudinal del píloro engrosado. Mide 18 mm aprox.

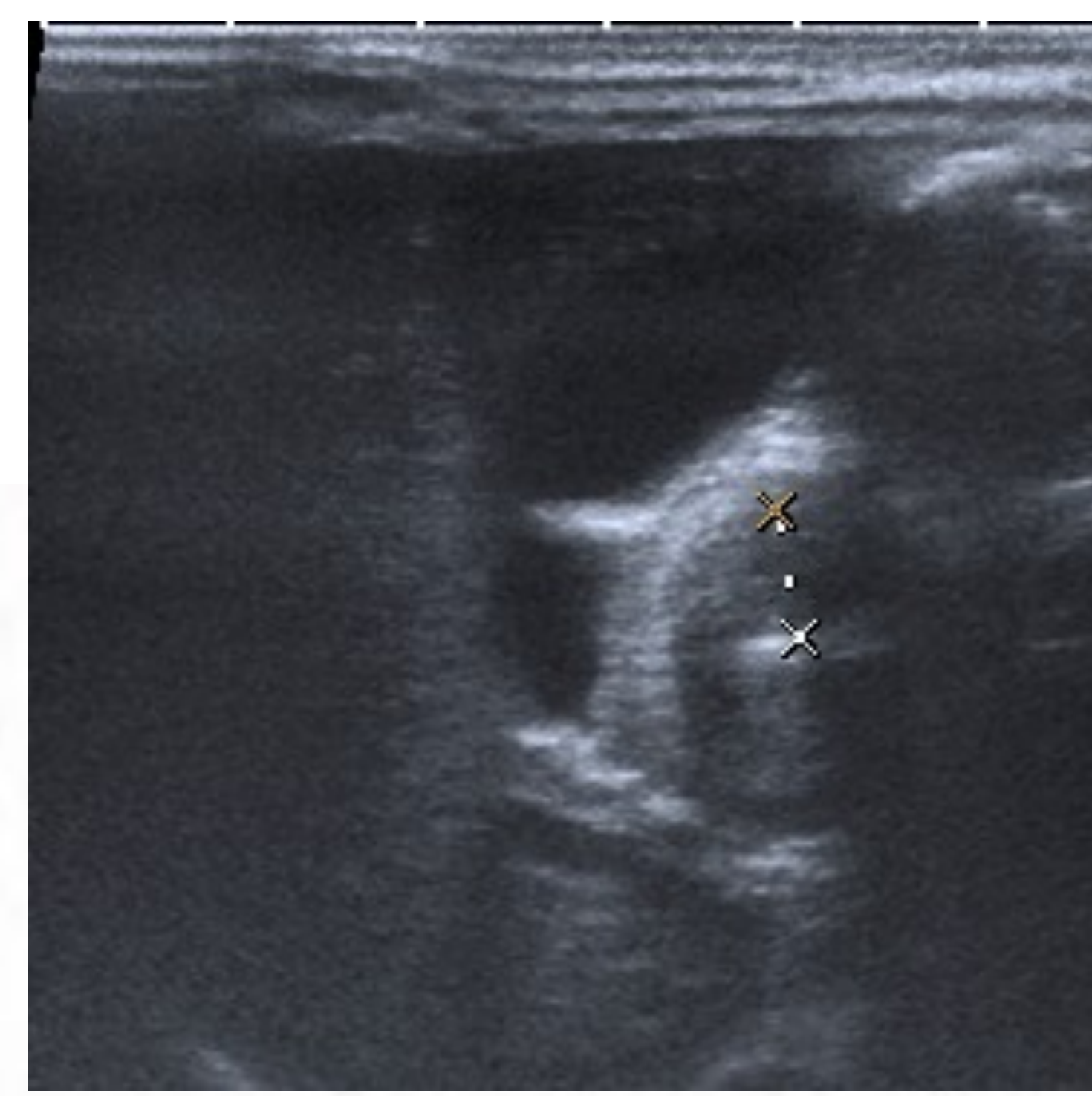
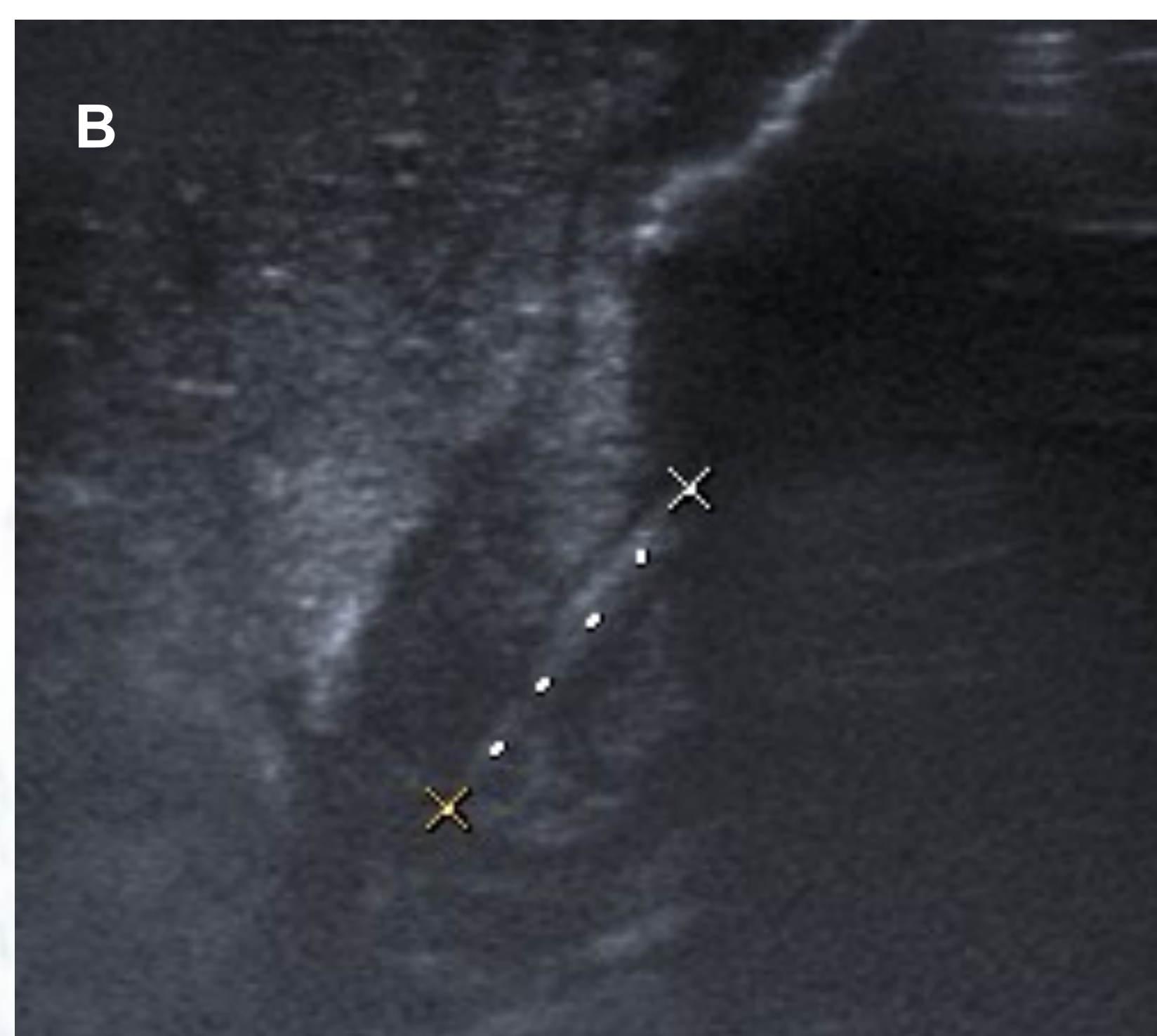


Imagen 2. Visión axial del píloro hipertrofiado. Mide 6 mm aprox.

DISCUSIÓN

- Con este caso clínico que presentamos queremos destacar que aunque EHP es una patología muy poco frecuente a edades tempranas de la vida, es conveniente incluir esta entidad clínica dentro del diagnóstico diferencial cuando nos encontremos ante un RN con vómitos proyectivos en las primeras horas de vida.
- Destacamos la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz, sin embargo insistimos en que la piloromiotomía no se trata de una emergencia quirúrgica y deberá posponerse hasta la estabilización del paciente.