

**CIUDAD DE LA SALUD – HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS-
URGENCIAS PEDIÁTRICAS- HIPERTROFIA DEL PÍLORO (Q40.0)**

DEFINICIÓN Y FACTORES DE RIESGO

Es la hipertrofia progresiva del músculo del píloro que da como resultado una obstrucción del vaciamiento gástrico. Factores de riesgo: antecedentes familiares, sexo masculino, edad materna más joven y ser primogénito.

ETIOLOGÍA

Se desconoce la causa de hipertrofia del píloro, pero factores genéticos y ambientales juegan un papel importante:

- Variantes genéticas que incluyen MBNL1, NKX2-5 y APOA1
- Variabilidad estacional
- Exposición a eritromicina y azitromicina en las primeras dos semanas de vida
- Plaguicidas

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- **HALLAZGOS CLÍNICOS**
Se presenta en un recién nacido a término con mayor incidencia entre 2 – 8 semanas de vida. El cuadro clínico es vómitos en proyectil no biliosos que ocurren entre 30 a 60 minutos después de la ingesta. Al examen físico se puede palpar la masa pilórica (oliva).
- **HALLAZGOS DE LABORATORIO**
Los más importantes son hipokalemia y alcalosis metabólica hipoclorémica.
- **HALLAZGOS DE GABINETE**
 - ✓ El ultrasonido abdominal es el Gold Standard para confirmar el diagnóstico con una sensibilidad y especificidad de 100%.
 - ✓ Un grosor del músculo > 3mm y una longitud pilórica >14 mm es diagnóstica de hipertrofia pilórica.
 - ✓ En caso de fuertes sospechas clínicas y dudas en el Ultrasonido puede hacerse un estudio de bario.

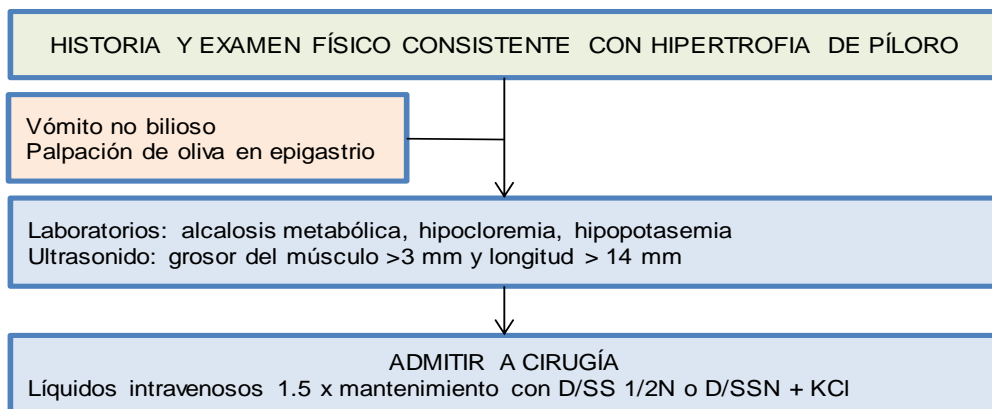
CRITERIOS DE INGRESO

- Sala de Observación
 - ✓ Paciente con sospecha de hipertrofia de píloro en espera de realizar ultrasonido, laboratorios e hidratación intravenosa.
- Sala de Hospitalización
 - ✓ Paciente con diagnóstico de hipertrofia de píloro y alteraciones hidroelectrolíticas que requieran corrección previa al procedimiento quirúrgico.
 - ✓ Paciente postoperado de piloromiotomía para manejo postquirúrgico.
- Criterios de Ingreso a UCI
 - ✓ Aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica secundaria a desequilibrio hidroelectrolítico o transoperatorio que requerirán corrección previa o posterior a procedimiento quirúrgico.

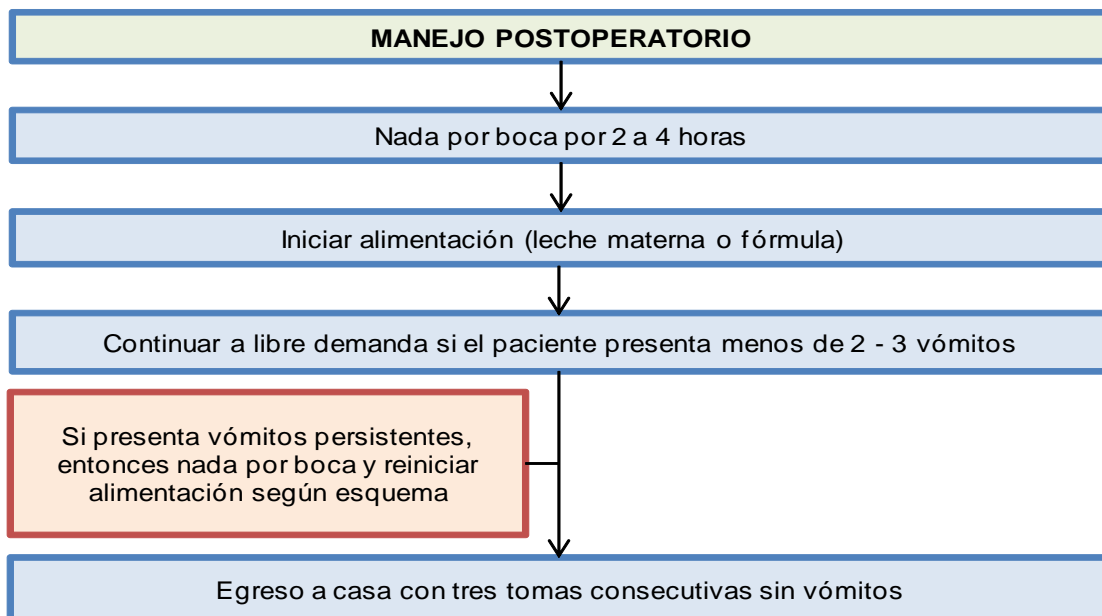
TRATAMIENTO

Abordaje del paciente con Hipertrofia del Píloro

Llevar a SUR cuando el PICO < 30, CI > 10 y R Normal



Manejo postoperatorio del paciente con Hipertrofia del Píloro



COMPLICACIONES

La tasa de complicación se encuentra entre un 4.6 – 12%.

- *Complicaciones de la herida:* la complicación en la cicatrización de heridas parece ser más alto al encontrado con otras heridas abdominales dentro de la población pediátrica. Dentro de ellas se encuentra: infección de sitio operatorio, dehiscencia, hernia postincisional.
- *Piloromiotomía incompleta:* propia del procedimiento y se puede diagnosticar cuando el paciente persiste con los vómitos.
- *Perforación de la mucosa:* puede detectarse durante el procedimiento quirúrgico o al 4to día postoperatorio y requerirá intervención quirúrgica.
- *Vómitos persistentes:* varios mecanismos se han descritos para este fenómeno, incluidos gastroparesia, piloroespasmo, edema de píloro. Dos factores son altamente predictivos de casos más graves de vómitos postoperatorios: el grado de trastorno de metabolismo-electrolitos preoperatorio y un menor peso en ingreso.

CRITERIOS DE EGRESO

- Egreso al tolerar 3 tomas sin vómitos.

RECOMENDACIONES AL EGRESO

- Se dará seguimiento en la consulta externa 7 a 10 días luego del egreso hospitalario.
- Receta de acetaminofén 10 – 15 mg/kg/c 6h por tres días.
- Se le dará recomendaciones para alimentación y cuidados en casa.

BIBLIOGRAFÍA: (1)Jobson M, Hall Nj. Contemporary Management of Pyloric Stenosis. Semin Pediatr Surg. 2016 Aug;25(4):219-24. (2)Holcomb and Ashcraft's (2020). Sobrino JA and Wulkan M. Lesion of the stomach. Pediatric Surgery. (Seventh Edition., Pp 478). Philadelphia, PA. Elsevier. (3)Boybeyi-Turer O, Çelik Ht, Arslan Ue, Soyer T, Tanyel Fc, Kiran S. Protocol: A Systematic Review And Meta-Analysis Of The Role Of Fetal And Infantile Environmental Exposure In Etiopathogenesis Of Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis. Plos One. 2021 Feb 16;16(2): E0247003.(4)Sathya C, Wayne C, Gotsch A, Vincent J, Sullivan KJ, Nasr A. Laparoscopic Versus Open Pyloromyotomy In Infants: A Systematic Review And Meta-Analysis. Pediatr Surg Int. 2017 Mar;33(3):325-333.(5)Sullivan KJ, Chan E, Vincent J, Iqbal M, Wayne C, Nasr A; Canadian Association Of Paediatric Surgeons Evidence-Based Resource. Feeding Post-Pyloromyotomy: A Meta-Analysis. Pediatrics. 2016 Jan;137(1).(6)Kelay A, Hall Nj. Perioperative Complications Of Surgery For Hypertrophic Pyloric Stenosis. Eur J Pediatr Surg. 2018 Apr;28(2):171-175.