

ESTENOSIS PILORICA EN EL LACTANTE

(Dos casos clínicos)

Por el Dr. ARTURO BAEZA GONI
Médico Jefe del Hospital Manuel Arriarán



La estenosis pilórica es relativamente rara entre nosotros. Estos son los dos primeros casos de mi práctica profesional, en que he comprobado la afección en forma evidente. He visto niños vomitadores, en los cuales se hizo el diagnóstico de piloro-espasmo, pero que mejoraron con tratamiento médico, por lo que descartamos la existencia de un obstáculo pilórico mecánico, al menos compatible con un desarrollo normal. Creo que entre nosotros no se han observado más de diez casos, pero no han sido publicados.

Se ha dicho que es más frecuente en la raza sajona, pero puede presentarse en cualquier raza y país. Muchas veces no se diagnostica. He observado estos dos casos con seis meses de diferencia.

1. Padres sanos, de ascendencia sajón, primer hijo, sexo masculino, parto normal, pesando 3.250 gramos. Durante la primera semana se desarrolla normalmente, no presentando vómitos. Posteriormente tiene vómitos explosivos, abundantes, que se intensifican a pesar de los diferentes tratamientos médicos. Es llevado al Pensionado del Hospital Manuel Arriarán. El estado general era satisfactorio, el peso no había descendido en forma apreciable. Se comprueba una onda peristáltica gástrica muy acentuada; no se palpa el tumor pilórico. Al examen radioscópico se encuentra un estómago grande, que contiene líquido en sus tres cuartas partes. Bario sedimentado. Tonus normal. A los 15 minutos y a las cuatro horas no hay pasaje pilórico. Sin esperar los resultados de un tratamiento médico más prolongado y ante la insistencia de la familia, que no veía progresar al niño, es operado por el Dr. Urrutia y se encuentra un tumor pilórico de consistencia dura. Se sigue la técnica de Fredé Ramstaedt, de la sección extramucosa del píloro. El cuadro pasa inmediatamente y el niño se alimenta en buenas condiciones y a los siete meses pesa 9200 gramos. Es posteriormente operado de una hernia estrangulada y sigue perfectamente bien.

2. Primer hijo, sexo masculino, padre de ascendencia sajón, madre chilena. Nació en parto normal, pero sufrió una intensa asfixia azul. Pesaba 4 kg. al nacer. Durante los primeros días se desarrollaba bien, pero la curva de peso no ascendía en forma normal. A los 12 días comienza a vomitar, lo que se atribuye a un desorden alimenticio. Se reglamenta la alimentación, se dan papillas de leche albuminosa concentrada, atropina, pero el cuadro persiste. La cantidad eliminada era mayor que la ingerida, sobre todo si el vómito se presentaba algunas horas después de las comidas, lo que indicaba una retención gástrica. La curva de peso se mantiene estacionaria. A los 25 días es trasladado al Pensicnado del Hospital Manuel Arriarán. Pesa 3.900 gramos. El examen radiológico da: estómago bien situado, de forma y tamaño normales, peristaltismo intenso, pasaje pilórico retardado. A los diez minutos no hay pasaje de Bario. A los 20 minutos comienza a pasar, pero una hora después se encuentra aún una gran cantidad en el estómago. Informe: retardo del vaciamiento gástrico, probable estenosis pilórica. Es observado durante cinco días más, con un régimen estricto, pero la sintomatología persiste. Un día se comprueba un pequeño ascenso de peso. Un nuevo examen radiológico practicado cinco días después da: a las cinco horas aun queda bario en el estómago y el radiólogo afirma la existencia de un obstáculo pilórico. Baja 200 gramos de peso. Se decide la operación, interviniendo el Dr. Inostroza. Se encuentra un tumor pilórico y se sigue la misma técnica que en el caso anterior. El niño no ha vuelto a tener vómitos y sube de peso a razón de 40 gramos al día. 20 días después de la operación pesa 4325 gramos y no presenta alteraciones en el desarrollo.

Existen algunos síntomas que presentaban ambos enfermos. Desde luego llama la atención el sexo. Es sabido que es más frecuente en el sexo masculino y de diez casos, ocho serán seguramente hombrecitos. Según algunos autores, el hecho que sea una niña debe hacer dudar el diagnóstico. Ambos casos presentaron el intervalo libre, cuya interpretación es difícil y podría pensarse que en los primeros días, la pequeña cantidad de alimentos ingeridos franquea el píloro que no está lo suficientemente obstruido; por otro lado, la musculatura no tendría la necesaria potencia para producir el vómito explosivo. La onda gástrica se observó en el primer caso. El tumor pilórico no se palpaba. El examen radiológico tiene una importancia extraordinaria para el diagnóstico. El retardo del vaciamiento es manifiesto. Sabemos que en condiciones normales los alimentos atraviesan el píloro inmediatamente después de ingeridos. Si a los 10 a 15 minutos no pasan, debe llamarnos la atención y si no lo han hecho a las cuatro horas quiere decir que hay un obstáculo pilórico manifiesto, siempre que el tonus gástrico sea normal; descartándose así la simple atonía gástrica.

Puede confundirse la estenosis pilórica simple con piloroespasmo simple. La evolución clínica da el diagnóstico y es raro que el píloro-espasmo produzca una obstrucción tan intensa. El conjunto de todos estos hechos nos llevan al diagnóstico.

Con respecto a la conducta a seguir, las esperas de días, semanas o meses en esta afección, en la esperanza de la eficacia de un tratamiento médico, agravan el pronóstico y así se explican los malos resultados. Hecho el diagnóstico debe irse inmediatamente a la intervención quirúrgica, como en las apendicitis agudas. Operado el niño en buenas condiciones por un cirujano hábil la mortalidad operatoria es prácticamente nula.

La etiología y patogenia de esta enfermedad son demasiado conocidas para ser necesario extendernos en más extensas consideraciones.