

Nombre:	ADRIANA MARÍA
Apellido:	LÓPEZ RUIZ
Otros Autores:	ALBA PATRICIA SOLANO ROMERO, MARÍA ISABEL ROZAS GÓMEZ, MARÍA TERESA CAÑAS MACIA, OLGA MARÍA SUÁREZ TRABA, GLORIA GÓMEZ MARDONES
E-mail:	<a href="mailto:adloru001@gmail.com">adloru001@gmail.com</a>
Hospital:	HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS
Ciudad:	MADRID
Título:	ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO
Presentación:	Paciente de 2 meses de edad que acude a urgencias por vómitos desde hace 4 días, cada vez más intensos, proyectivos, con disminución de peso y de la diuresis. En el estudio ecográfico solicitado se identifica un engrosamiento difuso de la pared del píloro, con capa muscular de 5 mm de espesor, diámetro transverso pilórico de 16 mm y diámetro longitudinal de 22 mm.
Discusión :	Los hallazgos ecográficos son compatibles con el diagnóstico de estenosis hipertrófica de píloro (EHP). Esta entidad, de causa desconocida, se desarrolla típicamente en niños de 2-8 semanas de vida. Es más frecuente en varones primogénitos de raza blanca. Clínicamente se caracteriza por un cuadro de vómitos no biliosos posprandiales que van en aumento hasta hacerse "en proyectil", con hambre e irritabilidad posteriores. La palpación del músculo pilórico engrosado ("oliva") en el cuadrante superior derecho del abdomen es un signo muy específico aunque no siempre se consigue. La ecografía es la prueba diagnóstica de elección ya que tiene una precisión cercana al 100%, aunque hay que tener en cuenta que un estudio ecográfico normal no descarta una EHP en fase inicial y que no todas son completamente obstructivas. No existe un acuerdo generalizado respecto a las medidas normales del músculo y canal pilóricos, aunque las más aceptadas son: 3 mm de grosor, 14 mm de diámetro transversal y 17 mm de diámetro longitudinal. El tratamiento es quirúrgico y soluciona el problema, aunque la imagen ecográfica de EHP puede persistir durante 6-8 semanas tras la cirugía.
Conclusión:	La EHP es la causa más frecuente de emesis alimenticia en la infancia y debe ser diagnosticada precozmente ya que produce deshidratación y alteraciones electrolíticas. Por ello, previa estabilización del paciente, se considera una urgencia quirúrgica.
Bibliografía:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hernanz-Schulman M. Infantile hypertrophic pyloric stenosis. Radiology 2003; 227:319-331.</li> <li>2. Askew N. An overview of infantile hypertrophic pyloric stenosis. Paediatric nursing 2010; 22:27-30.</li> </ol>