

La estenosis por hipertrofia muscular del píloro del lactante

Por el Dr. R. LIEGE

La estenosis por hipertrofia muscular del píloro en el lactante, o enfermedad **pilórica** del lactante, obsérvase durante las primeras semanas de la vida.

Es una afección que desde el punto de vista anatómico está caracterizada por la existencia de un mioma que produce una obliteración casi completa del canal pilórico y que se traduce clínicamente por un síndrome, que en sus líneas generales da lugar a *los* trastornos funcionales y a los trastornos generales que se observan en las estenosis pilóricas del adulto.

Es una enfermedad interesante porque, abandonada a sí misma, su evolución es casi siempre fatal: en cambio, bien diagnosticada y convenientemente tratada, es una afección que acostumbra curar sin dejar vestigio alguno.

La estenosis por hipertrofia del píloro fue descrita en 1887 por **Hirschsprung**, de Copenhague, en el Congreso de Wiesbaden.

A partir de esta fecha, muchos son los autores que se han ocupado de esta enfermedad.

Weill, Péhu, L. Lixier han precisado la semiología y dado a conocer la enfermedad en Francia. Fredet en 1908. Ramstedt en 1912 han reglado la técnica de la pilorotomía extramucosa, operación clásica desde entonces.

Pero a pesar de todo, esta cuestión continúa al orden del día. En 1929, 1930 y 1931, ha sido también objeto de diferentes comunicaciones y de discusiones en la Sociedad de Pediatría de París.

La enfermedad es mucho más frecuente en unos países que en otros. Obsérvase sobre todo en Alemania, en Suecia, en América y en Inglaterra. En relación con estos países, la enfermedad es rara en Francia, por lo que Weill y Péhu escribían en 1923, en su artículo del Tratado de Patología Médica del Profesor E. Sergent lo siguiente "En la actualidad, el número de casos conocidos apenas si pasa de cincuenta."

Pero desde esta fecha, por ser la enfermedad **cada** vez más conocida *el* número de casos observados ha ido en y, r mentó.

Otra particularidad etiológica curiosa de la enfermedad es su afinidad para el sexo masculino. Según E. Holt, en 85 por 100 de los casos se trata de varones.

Desde el punto de vista clínico, la enfermedad se presenta bajo dos formas:

1- La estenosis completa.

2- La estenosis incompleta o estenosis órgano espasmódica.

Estos dos tipos de estenosis deben ser estudiados por separado. La *estenosis completa* es la forma más frecuente de la afección; es la que presenta una semiología más típica y es, sin duda alguna, la más fácil de diagnosticar.

He aquí cómo se presenta:

Los primeros síntomas pueden presentarse desde el nacimiento hasta la dozava semana. Raras veces aparecen durante la primera semana de la vida, así como también es poco frecuente después del tercer mes; por regla general aparece de la tercera a la cuarta semana.

En términos generales, la sucesión de hechos es la siguiente: un niño nacido en buenas condiciones, muchas veces con un peso normal y aun en ocasiones superior al normal, mama bien, no vomita, recupera rápi-

damente el peso que tenía al nacer, incluso aumenta y pareciera deber criarse con facilidad. Lo; padres están tranquilos durante los quince o veinte primeros días de la vida del niño.

Este periodo de latencia es un hecho tan constante en esta enfermedad que constituye un síntoma de gran valor.

Esta fase durante la cual el niño digiere bien, este *intervalo libre*, casi siempre de quince veinte días, falta excepcionalmente, por más que Guillemot, Grulee, Lewis han indicado su ausencia.

El comienzo de la enfermedad se revela por la aparición de *vómitos* y el paro momentáneo *á-j*; la curva de peso, **que** baja rápidamente. ,

Los vómitos, al principio intermitentes, van siendo después cada vez más frecuentes. Son los que preocupan a los padres y constituyen el principal motivo de la consulta.

Si vómito es el síntoma dominante, "el síntoma capital" dícese a veces.

Tiene lugar después de cada comida o poco menos.

Es brusco, explosivo, en chorro. Incluso a veces; el niño vomita cuando mama.

Está constituido por leche cuajada y un líquido claro, filamentosos, formado de jugo gástrico, moco, saliva. No contiene bilis.

Estos vómitos van acompañados de un *pérdida progresiva del peso*. Esta es precoz y rápida, constituyendo lo que se llama caída del peso "en línea vertical." La pérdida de peso llega a ser en el espacio de seis a ocho días, de 200 a 300 gramos y aun más.

A estos síntomas se añade el *estreñimiento*, que es habitual y debido a no llevar substancia; alimenticias al intestino. No es raro que un lactante afecto de estenosis esté varios días sin ir de vientre.

Por regla general, hay una pequeña deposición diaria o cada

tíos días-, provocada por la administración de una enema o por un supositorio. La deposición presenta caracteres bastante especiales. Es reducida, dura, el color amarillo, con menor frecuencia pardo o negruzco.

Puede ir mezclada con mucosidades de color verdoso.

Algunos lactantes tienen diarrea, pero ésta es consecutiva al catarro intestinal.

La orina es escasa, de color rojo oscuro. Los pañales están poco mojados.

En definitiva, los cuatro síntomas que hacen pensar inmediatamente en una estenosis hipertrófica del píloro, son:

1- La noción de un intervalo libre durante el cual el niño digería bien y aumentaba de peso.

2- La aparición de vómitos repetidos y tenaces.

3- La pérdida de peso.

4- El estreñimiento y la olgura.

Sabido esto, es cuestión de hacer un diagnóstico fundado en signos de certidumbre. Serán éstos deducidos del examen clínico y sobre todo del examen radiológico.

El lactante que os presentan está casi siempre agitado, grita. Se muerde los puños, tiene hambre. Tiene sed, está apirético.

El abdomen está a veces tenso, prominentemente en su porción supra umbilical, aplastado en la infra umbilical. Con la palpación puede notarse una cierta resistencia muscular en el hipocondrio derecho y con la palpación profunda, es posible a veces percibir un *tumor*.

Este no es constante. Falta en ocho observaciones de la tesis de Alary, en veinte, observaciones de la tesis de Coffin. Cuando es posible percibir un tumor, no por ello podemos afirmar que se trata de un "mioma pilórico."¹ Puede tratarse de una simple contracción fisiológica del píloro, realizando lo que A. Hess, de Nueva York, ha denominado "el *seudo tumor espasmódico*"; finalmente, según Marfan, puede confundirse el riñón o una porción del hígado con un tumor pilórico.

Nunca olvidaremos comprobar la existencia de "ondulaciones peristálticas."

En algunos casos, éstas aparecen espontáneamente, bastando mirar la región epigástrica para comprobarlas.

Cuando no son visibles, procuraremos provocarlas golpeando ligeramente el hueco epigástrico, sobre todo inmediatamente después de mamar el niño.

Vese entonces una ondulación de la pared en forma de olas que emergen del reborde costal izquierdo y se propagan hasta el hipocondrio derecho.

Mucho se ha discutido sobre el valor de estas ondas peristálticas. Para Lesné tienen un gran valor porque no existen en el gastro espasmo. Según algunos autores, aparecen precozmente; en cambio, según otros, su aparición es tardía. El profesor Nobecourt, dice: "No existen en todos los enfermos; a veces desaparecen cuando el estómago se dilata y se vuelve atónico."

Desde el punto de vista práctico, deberemos dar a este síntoma el valor que merece. Si lo encontramos, constituye un síntoma de valor para hacer inclinar el diagnóstico hacia la estenosis, pero su ausencia no puede en modo alguno hacer desechar un diagnóstico de estenosis, conforme dice Coffin.

"El tumor falta casi siempre; las contracciones, aun cuando muy frecuentes, no son patognómicas."

[Continuará)