

La estenosis por hipertrofia muscular del píloro del lactante

Por el Dr. R. LIEGE

Concluye

En definitiva, el examen clínico puede ser casi negativo; cuando existe *contractura, tumor, ondulaciones peristálticas*, estos síntomas, sumados & los trastornos precedentemente comprobados, son de gran valor para el diagnóstico de estenosis; no obstante, la más elemental prudencia reclama pedir la confirmación a la radioscopia.

En realidad, la radioscopia es la que nos proporcionará una verdadera certidumbre.

El examen será practicado con toda minuciosidad en la siguiente forma: se da al niño un biberón constituido por una mezcla de leche y de gelobarina azucarada, en igual cantidad que las tomas habituales de leche. Será examinado en la pantalla media hora después de torrado el biberón. La mejor prueba es que la papilla baritada no atraviesa el píloro. A menudo ven-
se *intensas contracciones gás-*

tricas, pero que no van seguidas de *paso hacia el píloro*. Otras veces, las contracciones gástricas son débiles o faltan por completo; otras veces también el estómago está ya *atónico y dilatado*.

Estos diferentes aspectos dependen del período en que examinamos a los enfermitos. Lo esencial, desde el punto de vista radiológico, es volver a examinar los niños seis horas después. En los casos típicos, obsérvase entonces que el estómago está dilatado, afectando la forma de una copa de champán que contiene aún la *mayor parte de la papilla baritada ingerida*. Cuando la estenosis es muy acentuada, el duodeno y las asas delgadas *no están inyectadas*; cuando no es completa del todo, vese en ellas una pequeña parte de la papilla ingerida.

Este dato es suficiente; de aquí que casi siempre se prescin-

da en esta forma de la intubación gástrica.

Si los enfermos no son tratados, es excepcional que la enfermedad evolucione espontáneamente hacia la curación, pues su marcha es progresiva.

Los vómitos van espaciándose, pero son, en cambio, más abundantes.

La cantidad devuelta es mayor que la cantidad ingerida. Estos vómitos tienen un olor agrio e irritan las comisuras labiales.

Las investigaciones practicadas sobre el quimismo gástrico han demostrado también que casi siempre, aun cuando no de un modo constante, la existencia de hiperacididad con presencia de ácido clorídico libre, siendo así que en un niño normal, cualquiera, que sea la leche ingerida, no ; encuentra ácido clorhídrico libre durante el tránsito gástrico.

El niño pierde progresivamente las fuerzas; ya no reacciona. Su temperatura es inferior a la normal. Hay inanición, deshidratación y rápidamente vuélvese atréptico.

Casi siempre la muerte aparece en el término de seis a doce semanas.

Es la consecuencia directa de la inanición o el resultado de complicaciones tales como la bronconeumonía, procesos gastrointestinales agudos, etc.

Si los enfermitos son convenientemente tratados y en tiempo oportuno, curan casi siempre.

He aquí, para sintetizar la historia de esta forma aguda de la estenosis pilórica, la observación de un enfermo que hace poco hemos tratado junto con el profesor P. Nobecourt:

B... Jaime, visto por primera vez con el Dr. Asselin, de Joinville-le-Ponto, el 28 de enero de 1961. Es un niño que nació a término el 30 de diciembre. Al nacer, pesada 4.100 gramos.

Criado al pecho y, además, con leche esterilizada. Al cabo de dos semanas ha recuperado el peso perdido. Cuando tenía 22 días, empezó a vomitar. Prescribióse belladona (III gotas al día), sin resultado.

Suprimióse la leche materna, substituyéndola por leche Dryco. Prescribióse citrato de sosa. Continúa vomitando.

Cuando tenía 29 días, sólo pesaba 3.900 gramos, lo cual quiere decir que su peso era entonces inferior en doscientos gramos al que pesaba al nacer. Los vómitos son abundantes. El niño está sumamente estreñido. Los excrementos tienen la forma de pequeñas bolas duras.

Combruébase la existencia de contractura del recto mayor en su parte superior. Por la palpación profunda encontrábase algo duro.

Entonces se presentó el dilema de saber si se trataba de un gastro espasmo o de una estenosis.

Se ordena la leche seca y la tintura de belladona, así como también cloruro calcico y una sesión de rayos ultravioletas cada dos días. Dos días después, el niño ha perdido cien gramos. No ha verificado más que una deposición. Continúa vomitando.

Entonces, el Dr. Biancampractica un examen radioscópico del estómago.

El 30 de enero de 1932, se da al niño un biberón con leche baritada, a las 5 de la tarde. A las

6, después de haber vomitado, queda aún aproximadamente más de la mitad de la leche en el estómago. No ha pasado cantidad alguna de leche al intestino delgado. Se le da nuevamente una pequeña cantidad de leche baritada.

El estómago está algo dilatado. Sus contracciones son poco profundas y se suceden en intervalos regulares bastante espaciados. La región pilórica parece algo estirada. Durante todo el tiempo que duró el examen, no fue posible comprobar paso alguno hacia el piloro.

A las 9 de la noche, o sea, 7 horas después de la ingestión del primer biberón de leche baritada, practicóse un segundo examen. Solamente ha pasado a las asas delgadas dos o tres sorbos de leche opaca. Las contracciones continúan con el mismo ritmo, es decir, poco profundas. No se observa aún paso alguno hacia el piloro. Se hace una radiografía a las 9 h. 15.

El 31 de enero, o sea, tres días después del primer examen, el peso ha disminuido nata 3.570 gramos. El 3 de febrero, el niño ha perdido otros 140 gramos, continúa vomitando.

El Dr. Fevre le opera aquel día. Encontróse una estenosis larga, no muy dura, pero con dos anillos fibrosos, uno en el lado duodenal y otro en el lado gástrico. El niño es realimentado con agua azucarada que se le da con una cucharita de café al cabo de dos horas. A la cuarta hora, se le da 30 ce. de leche seca a la cuarta parte de la dilución habitual. **El día siguiente**, se le da 40 ce. a la dilución habitual. Dos días después, toma ocho t>í berones de 50 ce. ¿31 tercer día ha aumentado unos 80 gramos: el 49 día, el aumento es también de unos 80 gramos; se le da entonces 75 gramos de leche seca en 8 veces.

El peso aumenta progresivamente. El niño curó por completo. El 2 de marzo, pesaba 5.250 gramos. El 2 de mayo, el peso era de 8 kilogramos.

La estenosis incompleta es menos frecuente, y más difícil de diagnosticar. En ella, el obstáculo orgánico es moderado, pero el espasmo sobreañadido acostumbra ser intenso. Desde el punto de vista, clínico, el intervalo libre acostumbra ser más largo, el comienzo menos brusco, la pérdida de peso menos rápida.

La evolución es casi siempre irregular. Hay períodos de calma, es decir, períodos en los que los vómitos se espacian y en los que la curva de peso tiene tendencia a subir de nuevo. En una palabra, el cuadro clínico no es tan característico como en la forma aguda. La radioscopia del estómago deja subistir a veces dudas. En esta forma, la intubación puede ser sumamente útil para el diagnóstico. En efecto, conviene recordar que el tránsito gástrico en un lactante normal no dura más allá de dos horas y media. Según Lesné, si una intubación practicada en ayunas o hasta 4 horas después de una comida exclusivamente de leche, da salida a una cantidad apreciable de dicho líquido, es ello suficiente para eliminar el diagnóstico de espasmo.

No obstante, según algunos autores, esta opinión es demasiado categórica, porque una estenosis espasmódica puede muy bien producir una mayor permanencia de los alimentos en el estómago. En la Sociedad de Pediatría de París (sesión del 15 de diciembre de 1931), los Dres. Ribadeau-Dumas, Mathieu, M. Le-

vy y Guede han hecho resaltar la falta de precisión del cuadro clínico de algunas formas de estenosis pilórica, creyendo que --s necesario conceder un cierto valor al SÍNDROME HUMORAL de la estenosis pilórica, estudiado por Morris y Graham, quienes demostraron la elevación de la reserva alcalina y la disminución del cloro plasmático y globular.

Esta forma lenta de estenosis es, no obstante, menos grave que la forma aguda, por cuanto tiene más tendencia que ella a curar espontáneamente.

La patogenia de esta afección es compleja. La teoría inflamatoria de Weill y Pehu carece de fundamento sólido y ha sido abandonada por sus iniciadores. La teoría de la conformación viciosa anatómica tiene muchos partidarios. Considera la estenosis hipertrófica del píloro como una displasia del orificio pilórico constituida durante la vida intrauterina.

Los partidarios de la teoría espasmódica creen que el espasmo es el que regula la hipertrofia muscular. Esta comenzaría durante la vida intrauterina. La anatomía patológica no

aporta ningún argumento en favor o en contra de estas teorías. El píloro constituye un tumor de forma cilíndrica u oval, de color blanquecino, prieto y duro al corte y constituido por un verdadero engrasamiento de la capa muscular.

Con el microscopio vese que las fibras constitutivas de la túnica muscular están aumentadas en número y en volumen, sin que se observen lesiones histológicas de inflamación muscular. El peritoneo está muchas veces ligeramente engrosado; las lesiones de la mucosa y de la submucosa son poco frecuentes.

DIAGNOSTICO. Por lo que se refiere a la forma **aguda**, podemos admitir la opinión de Lesné, que considera su diagnóstico como relativamente fácil.

En la práctica, es bastante fácil eliminar los vómitos debidos a una falta de higiene alimenticia, vómitos por hipe o hipalimentación, la intolerancia por la leche, etc.

Cuando el niño está sometido a un régimen adecuado, y a pasar de ello persisten los vómitos, la radiografía constituye el mejor medio para hacer el diagnóstico con toda seguridad. Digamos, no obstante, que el diagnóstico diferencial no siempre es fácil con las estenosis del duodeno. Estas, de un pronóstico mucho más grave, son, por fortuna, mucho menos frecuentes.

Por lo que se refiere a la estenosis órgano-espasmódica, el diagnóstico es mucho más difícil.

El problema que se suscita entonces es saber si el pilorospas-

mo es puro, o bien es sobreañadido a una hipertrofia muscular del píloro.

En los gastro-píloro, espasmos graves, dicese que no se observan contracciones peristálticas, ni éstasis gástrica importante, ni crisis de esfuerzo, ni dilatación prepilórica.

Entonces es preciso repetir los exámenes para poder formarnos un concepto exacto.

TRATAMIENTO. En Suecia, donde la enfermedad es frecuente, no operan nunca ninguna estenosis del píloro. Son siempre tratadas médicamente. Este tratamiento es también adoptado por Rohmer, de Estrasburgo, quien no hace ya operar a los lactantes afectos de estenosis hipertrófica del píloro. Recientemente expuso su método de tratamiento en la Sociedad de Pediatría (1).

Los enfermitos son alimentados con leche de mujer mezclada con una cuarta parte de babeurre, a la que se adiciona 5 a 10 o 17 por 100 de azúcar. La mezcla se administra caliente unas veces, otras helada, repartida en 10 a 20 biberones, o con la cuchara. Se dan 200 gramos de la mezcla por kilo de peso ¡ aun más cuando los vómitos son muy copiosos. Las cantidades vomitadas son recogidas en paños arrollados al rededor del cuello del niño y pesadas, y el volumen del líquido así devuelto le es restituido en forma de enemas saladas o glucosadas. No se administra ningún medicamento, pero sí se practican lavados gástricos cuando hay retención evidente de alimentos en el estómago. Lereboullet, Coffin, Tixier

protestan contra el tratamiento médico. La mayor parte de pediatras creen que este tratamiento hace correr al niño muchos más riesgos que una intervención quirúrgica, por cuanto la mejoría es muy lenta, y los riesgos de afecciones intercurrentes son siempre de temer.

En el terreno práctico, *in medio estas ventas*, he aquí cómo debemos proceder. En las estenosis agudas **DEBEREMOS EMPLEAR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**. La operación de elección es la pilorotomía extramucosa de Fredet. Los cuidados pre y post operatorios constituyen un factor importante para el éxito de la intervención.

Antes de la operación, deberán practicarse inyecciones de suero glucosado o de suero salado, de aceite alcanforado, de cafeína, de eucaliptina, y, a pesar de la 5 dificultades que presenta, si EU niño está muy débil, una transfusión de sangre. Se limpiará la boca con agua de Vichy. El lavado gástrico no es indispensable.

Después de la operación acostumbra hacer hipertermia, pero no persiste. Al cabo de 36 horas, el termómetro vuelve a 38.9. se pondrán envolturas sinapizadas

en el tórax, nuevas inyecciones de suero.

La alimentación constituye uno de los problemas más importantes.

Es siempre conveniente dar de nuevo al niño el pecho de la madre. Se comienza la realimentación dos horas después de la intervención, empezando con agua azucarada cada hora, después leche mezclada con agua, hasta llegar, por modo muy progresivo, a la alimentación normal. Esta cuestión tan importante ha sido estudiada por Fredet en el *Journal de Chirurgie*, en 1927.

Los resultados inmediatos y lejanos de la pilorotomía extramucosa son buenos. Los enfermos curan, dicese, en la proporción de 80 %. El tránsito gástrico vuelve a ser normal, y los niños no quedan expuestos a padecer más tarde ningún trastorno gástrico.

En las estenosis de forma lenta, antes de decidirnos a intervenir, tenemos tiempo por delante, y por consiguiente robe ensayar el tratamiento médico. Este comprende la diética y los medicamentos que deben administrarse.

Puede aumentarse el número de tetadas y disminuir la canti-

dad. Si la leche de mujer no es tolerada, se prescriben alimentos lo más pastosos posible, leche concentrada muy poco diluida, por ejemplo, y se evitará el peligro de la deshidratación mediante inyecciones de suero. Las medicaciones **tenderán**, sobre todo, a vencer el espasmo.

19 Lavados gástricos por la mañana en ayunas con una solución al 1% de bicarbonato de sosa (100 gramos aproximadamente). Baños calientes a 38°, compresas calientes en el hueco epigástrico. Enemas calientes a 39° o 40°. Rayos ultravioletas.

Como antiespasmódico, se prescribirá la tintura de belladona, a la dosis de I a IV gotas al día. O bien:

El sulfato de atropina al 1 por mil, III a IV gotas al día. El gardenal a la dosis de 0'0*z* gramos.

La belladona podrá asociarse con el bromuro de sodio, según la fórmula del profesor Marfan:

Tintura de belladona	X gotas
Bromuro sódico	1 gr.
Bicarbonato de sosa	1'50 gr.
Jarabe simple	c. s. para 150 ce.

Una cucharadita de café antes de cada tetada.

Clorhidrato de papaverina a la dosis de 1/2 ce. en inyecciones subcutáneas.

Si a pesar de estas diferentes medicaciones los vómitos continúan y el peso va en disminución, deberá intervenir.