

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2017

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
ESTENOSIS HIPERTRÓFICA
CONGÉNITA DE PÍLORO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-330-10

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de la Estenosis Hipertrófica Congénita de Píloro**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

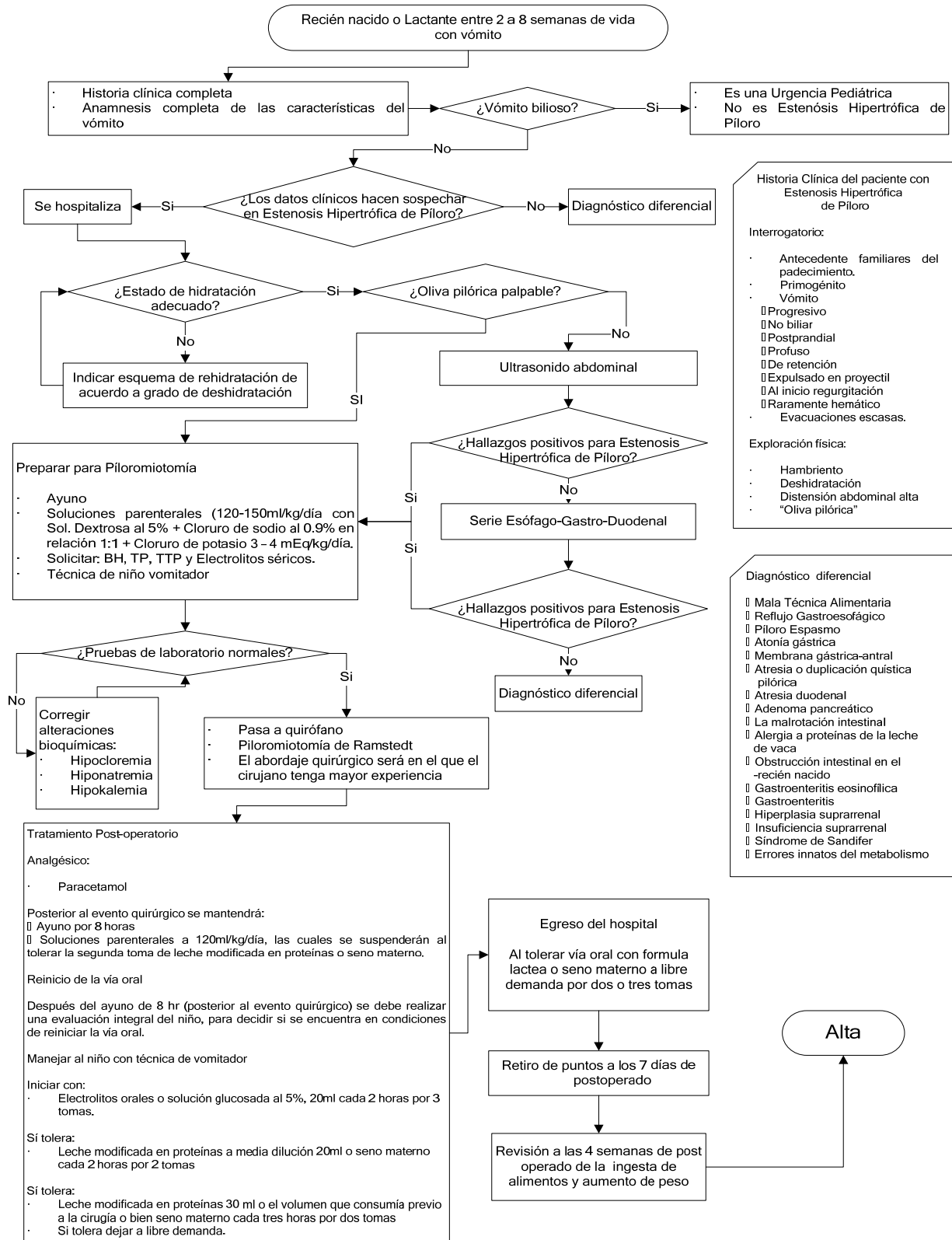
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Estenosis Hipertrófica Congénita de Píloro** Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

FACTORES DE RIESGO

Recomendación Clave	GR*
<p>En el interrogatorio se deberán buscar en forma intencionada los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedente familiar ▪ Es más frecuente en hombres que en mujeres 4-5:1 ▪ Ser primogénito ▪ Ingestión de macrólidos durante las dos primeras semanas de vida 	C

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Recomendación Clave	GR*
<p>Durante el interrogatorio a la madre del lactante en quien se sospecha EHP se deberán buscar en forma intencionada:</p> <p>El vómito que se caracteriza por ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Progresivo ▪ No biliar ▪ Postprandial ▪ Profuso ▪ De retención ▪ En "proyectil" ▪ Al inicio puede parecer regurgitación ▪ Raramente hemático <p>También se puede encontrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de peso ▪ Deshidratación ▪ Letargia (ausencia de energía) ▪ Disminución de movimientos intestinales ▪ Constipación ▪ Ictericia leve <p>el prematuro presenta con más frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento del residuo ▪ Vómitos no biliares no en proyectil ▪ Es poco frecuente la alcalosis metabólica hipoclorémica 	C

<p>El diagnóstico oportuno de Estenosis Hipertrófica de Píloro en el recién nacido prematuro depende de la suspicacia clínica del médico tratante</p>	
<p>Exploración física</p> <p>Se deberá realizar al lactante con sospecha de EHP exploración física completa, buscando intencionadamente la “oliva pilórica” siguiendo cualquiera de las siguientes técnicas.</p> <p>Técnicas de exploración abdominal</p> <p>Para las dos técnicas el niño debe estar tranquilo. Con estas técnicas es posible palpar la “oliva pilórica” en el 85 y 98% de los casos.</p> <p>Técnica A</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El explorador se coloca al lado izquierdo de la cuna del niño ▪ Con la mano derecha tomar al niño por el cuello y espalda para flexionarlo ▪ Explorar con la mano izquierda el cuadrante superior derecho en busca de la oliva pilórica ▪ Si con este método no se logra identificar la “oliva pilórica” cambiar la técnica <p>Técnica B</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El explorador se coloca del lado derecho de la cuna ▪ Con la mano izquierda sujetar al niño del cuello y espalda para flexionarlo ▪ Colocar el muslo derecho del niño entre los dedos índice y pulgar de la mano derecha del explorador ▪ Flexionar el muslo derecho sobre el abdomen ▪ Palpar con los dedos (medio, índice y meñique de la mano derecha) el cuadrante superior derecho del abdomen, identificar el borde hepático y realizar con mucho cuidado una palpación profunda deslizando los dedos hacia abajo en busca de la “oliva pilórica” <p>(Cuadro 1)</p>	<p>C</p>
<p>Para evitar el retraso en el diagnóstico se recomienda que el médico conozca y aplique la técnica de exploración de la “oliva pilórica” en todos los pacientes en los que se sospeche esta patología ya que si se palpa ésta, no es necesario realizar ningún estudio de gabinete</p>	<p>D</p>
<p>Una vez que se sospecha Estenosis Hipertrófica de Píloro el niño debe ser enviado a una Unidad que cuente con Servicio de Cirugía Pediátrica</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Recomendación Clave	GR*
<p>Ante la sospecha de que se trata de EHP y como preoperatorios, se deberá realizar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biometría hemática ▪ Electrolitos séricos ▪ TP y TTP ▪ Gasometría arterial (puede mostrar desequilibrio ácido base con alcalosis metabólica). ▪ BUN ▪ Creatinina ▪ Bilirrubina indirecta 	C
<p>Se sugiere solicitar glucosa como parte de los estudios preoperatorios</p>	Punto de buena práctica
<p>Ultrasonido Abdominal</p> <p>Ante la sospecha de EHP en un lactante el estudio de imagen que se debe realizar como primera elección es el ultrasonido abdominal.</p>	C
<p>Serie Esofago Gastro Duodenal</p> <p>La serie esófago-gastro-duodenal es el estudio de segunda elección, se solicita cuando el ultrasonido abdominal no es concluyente o no se cuenta con el ultrasonógrafo.</p>	C
<p>Endoscopia gastrointestinal</p> <p>Se realizará endoscopia cuando la ecografía abdominal y la serie esófago-gastro-duodenal no son concluyentes.</p>	C

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Recomendación Clave	GR*
<p>El diagnóstico diferencial en presencia de vómito persistente no biliar en recién nacidos y lactantes menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mala Técnica Alimentaria ▪ Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico ▪ Espasmo Pilórico ▪ Atonía gástrica ▪ Membrana gástrica-antral ▪ Atresia o duplicación quística pilórica ▪ Atresia duodenal ▪ Adenoma pancreático ▪ Malrotación intestinal ▪ Alergia a proteínas de la leche de vaca ▪ Obstrucción intestinal en el recién nacido 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastroenteritis eosinofílica ▪ Gastroenteritis ▪ Hiperplasia suprarrenal ▪ Insuficiencia suprarrenal ▪ Síndrome de Sandifer ▪ Errores innatos del metabolismo 	
<p>La mala técnica alimentaria y/o reflujo gastro-esofágico son los diagnósticos con los que se puede confundir con más frecuencia esta patología, por lo que se recomienda realizar un interrogatorio exhaustivo y una exploración física completa para poder diferenciarlos.</p>	C

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Recomendación Clave	GR
<p>En lactantes sin desequilibrio hidroelectrolítico se indica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuno ▪ Soluciones parenterales a requerimientos basales 120-150ml/kg/ día ▪ Colocar al paciente en posición semifowler <p>La colocación de sonda orogástrica será evaluada en forma individual, la mayoría de los lactantes con EHP no requieren sonda orogástrica. Si el médico coloca la sonda, deberá vigilar el gasto, y reponer las pérdidas con solución salina isotónica al 0.9%, si el gasto es alto</p>	D
<p>En pacientes sin desequilibrio hidroelectrolítico el volumen y composición de los líquidos parenterales que se recomienda administrar es</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Líquidos: 120-150 ml/kg/día ▪ Glucosa: 5-8 mg/kilo/minuto ▪ Sodio: 2 a 3mEq/Kg/día ▪ Potasio: 2 a 3mEq/Kg/día ▪ Cloro: 2 a 3mEq/Kg/día <p>El volumen y contenido de los líquidos parenterales se podrá ajustar de acuerdo a las condiciones individuales del paciente</p>	D
<p>Si hay deshidratación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corregir la pérdida de líquidos, electrolitos y desequilibrio ácido-base. ▪ Iniciar con bolo de cristaloides isotónico a 20 ml/kg. <p>El Reevaluar constantemente el estado hídrico, con especial atención al equilibrio ácido base y flujo urinario</p>	C
<p>No se recomienda la colocación de sonda orogástrica en forma rutinaria, por que extrae el líquido gástrico junto con el ácido clorhídrico del estómago lo que favorece la presencia de alcalosis hipoclorémica. Por otro lado no existe obstrucción al paso de la secreción gástrica, no así del alimento.</p>	D

El tratamiento preoperatorio debe ser dinámico e individualizado, y debe estar basado en la evaluación clínica completa.

C

El paso a quirófano será hasta que las condiciones del niño sean óptimas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Recomendación Clave

GR*

Una vez que el paciente se encuentra en condiciones óptimas, el procedimiento quirúrgico deberá realizarse lo más pronto posible para evitar el ayuno prolongado.

C

El Colegio Mexicano de Cirugía Pediátrica y el grupo que elaboro la presente guía, recomiendan usar como primera elección para la corrección de la Estenosis Hipertrófica de Píloro la técnica de pilomiotomía de Fredet-Ramstedt ya que desde hace cien años ha demostrado ser útil y segura en manos expertas.

C

Con respecto a la técnica de traumamioplastia consideramos que hace falta más ensayos clínicos bien controlados con suficiente población, que les permita tener significancia estadística, que demuestren su seguridad y eficacia.

Se recomienda como primera opción el abordaje laparoscópico por presentar menos complicaciones postquirúrgicas que el abordaje abierto.

A

El cirujano pediatra deberá elegir el abordaje quirúrgico considerando

- Las condiciones individuales del paciente
- La experiencia que tenga en cada uno de los abordajes, debiendo elegir el que haya demostrado mayor seguridad y eficacia en sus manos
- Recursos materiales disponibles

C

TRATAMIENTO POSTQUIRÚRGICO

Recomendación Clave

GR*

El tratamiento post-quirúrgico tiene como objetivo principal

- Manejo del dolor
- Reinicio de la vía oral

C

El manejo del dolor es importante para lograr una recuperación rápida. Se recomienda evaluar el dolor en forma rutinaria

C

Al término del evento quirúrgico se recomienda infiltrar la herida quirúrgica con bupivacaína al 0.125% a dosis de 1ml/kg para disminuir el dolor postoperatorio, lo que favorece una rápida recuperación y disminuye los requerimientos de otros analgésicos	C
Posterior al evento quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuno por 8 horas Soluciones parenterales a 120ml/kg/día, las cuales se suspenderán al tolerar la segunda toma de leche modificada en proteínas o seno materno.	C
Se recomienda el paracetamol como analgésico a dosis de 15 mg/kg/dosis cada 4 a 6 horas (no exceder de 5 dosis al día)	C
No se recomienda el uso rutinario de opioides para el manejo del dolor en estos pacientes debido al riesgo potencial de presentar depresión respiratoria	C
Es recomendable que después de la pilomiotomía los lactantes sean alimentados en forma temprana y escalonada, con formula láctea o seno materno.	C
Después de la pilomiotomía los lactantes pueden ser alimentados con el tipo de formula y volumen que tomaban antes del evento quirúrgico, ya que la mucosa del píloro no se incide solo se incide el músculo.	C
La alimentación puede iniciarse 4-8 horas después de la recuperación anestésica.	C
Los lactantes que inician la alimentación antes de las 4 hr no tienen una recuperación adecuada y regularmente presentan vómito más frecuentemente y más severo con disconfort para el paciente y ansiedad para los padres.	C
Reinicio de la vía oral <ul style="list-style-type: none"> ▪ Después de un ayuno de 8hr (posterior a l cirugía) se debe realizar una evaluación integral del niño, para decidir si se reinicia la vía oral ▪ Manejar al niño con técnica del vomitador ▪ Iniciar con electrolitos orales o solución glucosada al 5%, 20 ml o seno materno cada 2 hr por 3 tomas. Si tolera: ▪ Leche modificada en proteínas a medida dilución 20 ml o seno materno cada 2 hr por 2 tomas. Si tolera: ▪ Leche modificada en proteínas 30 ml o el volumen que consumía previo a la cirugía o bien seno materno cada 3 hr por 2 tomas ▪ Si tolera: dejar a libre demanda 	D

COMPLICACIONES

Recomendación Clave	GR*
<p>Vigila durante el procedimiento quirúrgico la presencia de las siguientes complicaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perforación de mucosa: Se repara con cierre primario y se efectúa la piromiotomía en otro lugar de la circunferencia del píloro <ul style="list-style-type: none"> ▪ El tratamiento postquirúrgico es ayuno por 3 días y reinicio de la vía oral como se describió anteriormente ▪ Profilaxis antibiótica de acuerdo a resistencia antimicrobiana local 2. Dificultad para el abordaje laparoscópico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar conversión a técnica abierta 	A

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Recomendación Clave	GR*
<p>Egresar al paciente de la unidad hospitalaria una vez que se establece la adecuada ingesta de fórmula láctea o seno materno.</p>	C
<p>Se egresa con analgésico VO, se recomienda paracetamol 10 a 15 mg/kg/dosis cada 6 hr por 5 días, posteriormente solo en caso de dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retiro de puntos a los 7 días de postoperado • Cita a control en 4 semanas para valorar la ingesta y el incremento ponderal 	Punto de buena práctica
<p>La vigilancia postoperatoria es muy importante y nunca debe ser obviada.</p>	Punto de buena práctica

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. MÉTODO DE PALPACIÓN RECOMENDADO PARA DIAGNÓSTICO DE ESTENOSIS HIPERTRÓFICA CONGÉNITA DEL PÍLORO

Método de palpación recomendado para diagnóstico de Estenosis Hipertrófica Congénita de Píloro	
I.	Con el abdomen del paciente desnudo, se coloca al niño en decúbito supino sobre el regazo de la madre y se le da a chupar un poco de agua azucarada para intentar relajarlo
II.	Se elevan ligeramente los pies del niño y se le flexionan los muslos sobre el abdomen para relajar los músculos abdominales
III.	Se sitúa la mano entre las piernas del niño y los dedos descansan sobre la pared abdominal. Usando la yema de los dedos para palpar el borde inferior del hígado
IV.	Deslice las yemas de los dedos por debajo del borde hepático y hacia atrás del abdomen
V.	Con los dedos flexionados y palpando la parte posterior del abdomen, deslizar los dedos hacia debajo de la pared abdominal. La oliva se palpará bajo los dedos
VI.	La movilización de la oliva en las cuatro direcciones distingue la EHP de otras masas retroperitoneales
VII.	Cuando la oliva es palpable se sentirá como una masa lisa, dura, oblongada y de aproximadamente de 1.5 a 2 cm. de diámetro

Children's Hospital Medical Center Cincinnati, 2016