

2343

I N S T I T U T O M E X I C A N O
D E L
S E G U R O S O C I A L

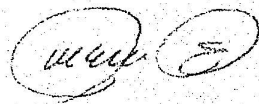
" ESTUDIO COMPARATIVO EN DIEZ CASOS DE ESTENOSIS
HIPERTROFICA CONGENITA DEL PILORO "

TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

DR. RAYMUNDO HERRERA ZAVALA

DR. MARCELINO MORALES HERNANDEZ

ASESOR: DR. MANUEL AVENDAÑO SUMANO



CLINICA HOSPITAL MEXICALI, B. CFA. NTE.

FEBRERO DE 1977



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRABAJO DE TESIS DE POSTGRADO

" ESTUDIO COMPARATIVO EN DIEZ CASOS DE ESTENOSIS
HIPERTROFICA CONGENITA DEL PILORO ".

CLINICA HOSPITAL, MEXICALI B. CFA. NTE.

CONTENIDO :

- 1.- PROLOGO
- 2.- INTRODUCCION
- 3.- MATERIAL Y METODOS
- 4.- RESULTADOS
- 5.- COMENTARIOS
- 6.- CONCLUSIONES
- 7.- SUGERENCIAS
- 8.- BIBLIOGRAFIA
- 9.- ESTUDIO DE NUCLEOS FAMILIARES

PROLOGO

La medicina como base fundamental para el desarrollo de los pueblos, resalta gracias a las experiencias y acúmulos de conocimientos, resultantes de la práctica continua y organizada de profesionales, que por mantener una integridad de bienestar físico, social y mental, sacrifican y entregan su vida al estudio del hombre, para tratar de prevenir todo aquello que amenace su existencia.

La ciencia médica en los últimos años ha sufrido un gran cambio, debido a la introducción en su campo de nuevos conocimientos y conceptos, todo ello, con el propósito de aliviar el dolor de nuestros semejantes y de aclarar dudas acerca de entidades patológicas aún no bien conocidas. Sin embargo, mientras mas conocemos de medicina, nos damos cuenta de que el camino por recorrer es difícil y laborioso, ya que a medida que se van despejando algunas de las incógnitas, muy a nuestro pesar, surgen otras nuevas, pero éste hecho, sirve de estímulo a los investigadores, invitándolos a aceptar el reto y sus puertas están abiertas a los estudiosos de éste arte.

Con el presente trabajo tratamos de mantener el interés en la investigación y, deseamos que sirva de peldaño para otros venideros y que aquellos sean los que aclaren las dudas de la entidad que abordamos.

I N T R O D U C C I O N

La estenosis hipertrófica congénita del píloro es un padecimiento que se presenta con mayor frecuencia en el recién nacido y lactante menor, caracterizado en un principio por el reflujo de los alimentos ingeridos y posteriormente vómitos, éstos primeramente son postprandiales y a medida que pasa el tiempo, van adquiriendo la característica de ser en proyectil, ocasionando con ello, déficit ponderal importante en los pacientes. (1)

Las características de los alimentos vomitados, es que no se aprecia en ellos bilis, sino más bien, contienen leche mal digerida y en ocasiones, se acompañan éstos de estrías sanguinolentas. (2)

El padecimiento resulta de una hipertrofia de las fibras musculares circulares del píloro que produce una estenosis en la luz pilórica, al mismo tiempo éste aumenta de volumen hasta adquirir el tamaño de una aceituna. (3) La cámara gástrica suele encontrarse dilatada, y en los casos crónicos su capa muscular se hipertrofia. Todo esto produce la incapacidad del reflujo del contenido gástrico hacia el duodeno. (1)

El píloro estenosado dificulta el paso de los alimentos del estómago al intestino delgado, produciendo en los pacientes un escaso número de evacuaciones al día, adquiriéndose entonces el segundo signo prevalente que es la constipación intestinal. (2)

Como consecuencia de los vómitos persistentes, si el padecimiento no es diagnosticado a tiempo, se produce en ellos un estado de deshidratación con compromiso iónico, que los lleva generalmente a una alcalosis metabólica hipocloémica, por la pérdida constante de potasio y cloro aunada a la pérdida de lí -

quidos por la vía oral. (3)

Si el paciente es llevado a la consulta en éstas condiciones, observaremos a un recién nacido o lactante menor con un peso que no corresponde al normal para su edad (4), puede existir palidez de tegumentos como consecuencia de su precario estado nutricional, presentar signos característicos de la desnutrición como: bajo peso, disminución de la elasticidad de la piel y del tejido subcutáneo, pérdida de la turgencia de los tegumentos y los ojos aparecerán hundidos (1), los signos de la deshidratación estarán presentes en menor o mayor cuantía, dependiendo de lo pronunciado de la estenosis. Así encontraremos al paciente con fontanela anterior deprimida, hipotensión de globos oculares llanto débil y sin lágrimas, ocasionalmente habrá apatía o irritabilidad, mucosas orales secas y lienzo húmedo. (2)

A la exploración física aparte de los datos ya enunciados, encontraremos que la parte superior del abdomen puede aparecer distendida, observándose las ondas peristálticas de izquierda a derecha (3), dándonos la impresión de que se tratara de una pelota pequeña que rodara por debajo de la piel del epigastrio hacia el hipocondrio derecho. (1) En ocasiones éstas ondas pueden ser antiperistálticas, es decir, en sentido inverso. (2)

En un gran porcentaje de los pacientes podremos palpar en el límite del epigastrio con el hipocondrio derecho una tumoración del tamaño de una aceituna, que corresponde a la oliva pilórica hipertrofiada. (3)

Dependiendo de la magnitud de las complicaciones, el laboratorio nos reportará datos de alcalosis metabólica con hipopotasemia. (5)

La biometría hemática probablemente nos muestre una hemocon

centración reflejada en las cifras elevadas de hemoglobina y - hematocrito. (6)

El urianálisis nos muestra una alcalinidad como causa del desequilibrio iónico a nivel sérico. (5)

La serie gastroduodenal nos muestra un vaciamiento retardado de la cámara gástrica, actividad peristáltica aumentada, una apertura prepilórica retrasada y alargamiento del conducto pilórico estrechado. (3)

El tratamiento es quirúrgico, consistente en laparotomía - supraumbilical derecha con incisión de todo el píloro hasta la mucosa, ésta hace hernia y con ella desaparece la estrechez pilórica; los bordes de la herida no se suturan por tratarse de una zona avascular (piloromiotomía de Fredet-Ramsted). Esta deberá efectuarse una vez corregidas las alteraciones hidroelectrolíticas. (1,3 y 7)

Los factores que más frecuentemente se han visto asociados a éste padecimiento, han sido discutidos por múltiples autores, existiendo pequeñas variantes en sus conclusiones.

Mempe y cols. estiman que la incidencia ocurre en uno de - cada 500 nacimientos (3). Es significativo que la morbilidad sea mayor en los varones (1 y 2). Nielsen menciona la posibilidad - en la existencia de un factor genético ligado al sexo.

Nelson y cols. refieren en sus casuísticas que el padeci - miento afecta aproximadamente a uno de cada 150 varones y una de cada 750 mujeres (1). Huguenard y Sharples encontraron que la frecuencia es de 3,3 en hombres a 1 en la mujer. (8)

En relación al origen genético, está lo propuesto por Nel - son y cols. por su mayor incidencia en gemelos univitelinos (1).

Dodge encontró que los pacientes con grupo sanguíneo O, tie

nen una incidencia mayor de la enfermedad en relación a los demás grupos. (9)

Existe una predominancia en los primogénitos porque a medida que aumenta el número de gestaciones disminuye el riesgo de este padecimiento. Esto probablemente se deba a la falta de una técnica adecuada en la alimentación por parte de la madres primerizas. Sin embargo, Vega y cols. refieren que este hecho carece de fundamento en virtud, de que si esto fuese verdadero, la morbilidad sería semejante para ambos sexos.

Se pensó en involucrar las condiciones climáticas, por su incidencia mayor en algunos meses del año, pero se considera que esto es meramente casual. (10)

Poco se sabe acerca de la curva ponderal y del desarrollo psicomotor ulterior de estos pacientes, porras Ramírez nos habla de la necesidad de efectuar un buen control de los pacientes con el fin de observar las variantes en el estado nutricional concomitantemente a la repercusión en su desarrollo psicomotor. (11)

Las primeras etapas de la vida son consideradas como críticas en el desarrollo ulterior del individuo cuando éste no ha sido alimentado adecuadamente, es probable que se observen deficiencias en el desarrollo físico y mental. (12 y 13)

Nuestro trabajo está encaminado a hacer una serie de observaciones para la evaluación ulterior necesaria en estos pacientes y en el cuál, trataremos de demostrar las siguientes hipótesis:

1.- El déficit ponderal y desarrollo psicomotor es mas notorio en los casos de estenosis hipertrófica congénita del píloro con tratamiento tardío, que en aquellos pacientes que son diagnosticados y tratados oportunamente.

2.- Existe un mayor número de complicaciones en los pacien -

tes con estenosis hipertrófica congénita del píloro diagnosticados tardamente, que en aquellos diagnosticados en forma precoz.

Dichos resultados se encuentran en el capítulo correspondiente para su consideración.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Este estudio fué realizado en la clínica Hospital de Mexicali B. Cfa. Nte., para ello se revisaron diez expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico de hipertrofia congénita del píloro, basado en las manifestaciones clínicas de cada uno de los enfermos como lo fueron: vómitos, constipación intestinal, oliva pilórica palpable, deshidratación y desnutrición, dicho diagnóstico se trató de corroborar con paraclínicos, tales como: serie gastroduodenal, electrolitos séricos, biometría hemática y exámen general de orina.

Estos pacientes fueron manejados con la técnica de rutina -- preoperatoria, consistente en la administración de iones específicos (sodio, potasio, cloro) en soluciones parenterales para la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico para cada caso en particular, así como ayuno de 12 a 18 horas.

La técnica quirúrgica empleada en estos pacientes fué la de Fredet - Ramstedt y modificada por Braunstein, que consiste en la parotomía supraumbilical derecha, insición de las capas musculares a través de todo el píloro hasta llegar a mucosa, la cual hace hermia y con ella desaparece la estenosis; los bordes de la herida no se suturan por ser una región avascular, posteriormente se cierra -- por planos hasta piel.

El manejo postquirúrgico consistió en la administración de -- solución glucosada al 5% por vía oral, 8 horas después de la in -- tervención, a razón de 15 ml cada tres horas durante 4 tomas, posteriormente se sustituyó ésta por leche maternizada a la misma dosis contando con el apoyo de soluciones parenterales (fisiológica y glucosada al 5% a razón de 2:1), mismas que son retiradas al com -- probarse la tolerancia oral; se administró metil bromuro de homa --

tropina a dosis de 2 gotas por kilogramo de peso cada 6 horas.

En cada uno de los pacientes se estudiaron parámetros, los cuales clasificamos en tres estadios:

a) Al nacimiento:

- 1.- Sexo
- 2.- Peso
- 3.- Edad gestacional
- 4.- Número gestacional
- 5.- Características del parto
- 6.- Valoración del producto
- 7.- Tipo sanguíneo

b) Al elaborar el diagnóstico:

- 1.- Edad
- 2.- Peso
- 3.- Inicio del cuadro clínico
- 4.- Tiempo empleado para elaborar el diagnóstico
- 5.- Signos y síntomas
- 6.- Alimentación
- 7.- Exámenes practicados
- 8.- Tratamiento
- 9.- Complicaciones
- 10.- Días de hospitalización

c) Al efectuar el presente estudio:

- 1.- Peso
- 2.- Edad
- 3.- Talla
- 4.- Desarrollo psicomotor
- 5.- Alimentación

En las madres de éstos pacientes se estudiaron los siguientes parámetros:

- 1.- Edad
- 2.- Antecedentes heredofamiliares
- 3.- Enfermedades concomitantes al embarazo
- 4.- Control prenatal
- 5.- Complicaciones del embarazo
- 6.- Medicamentos administrados durante el embarazo
- 7.- Estrato socioeconómico

Este grupo de pacientes fueron comparados un año después del tratamiento con un grupo control de diez niños sanos, captados en el servicio de Medicina Preventiva, de edad y sexo similar a la de los pacientes estudiados. Con el propósito de evaluar el incremento en la curva ponderal y el desarrollo psicomotor ulterior de nuestros pacientes, en relación al grupo control, a los cuáles se les investigó parámetros que dividimos en dos etapas:

a) Al nacimiento:

- 1.-Sexo
- 2.-Peso
- 3.-Edad gestacional
- 4.-Talla
- 5.-Número de gestación

b) Al momento de elaboración del presente estudio:

- 1.- Peso
- 2.- Edad
- 3.- Desarrollo psicomotor
- 4.- Talla
- 5.- Alimentación

R E S U L T A D O S

El estudio fué realizado en 10 pacientes, de los cuáles 9 correspondieron al sexo masculino y 1 al femenino. (cuadro 1)

Cuadro 1

Frecuencia por sexo

<u>Sexo</u>	<u>Casos</u>	<u>Por ciento</u>
Masculino	9	90
Femenino	1	10

Como se aprecia, la incidencia resulta mayor en el sexo masculino que en el femenino.

Apreciamos en nuestros pacientes, que tanto en el medio rural como en el urbano, la incidencia de casos es similar. (cuadro2)

Cuadro 2

Incidencia en el medio

<u>Medio</u>	<u>Casos</u>	<u>Por ciento</u>
Urbano	5	50
Rural	5	50

En relación con el peso al nacimiento en función a la edad gestacional de los pacientes, observamos que todos fueron productos de término, con una variación de 38 a 40 semanas, un 70% de los casos fueron de peso adecuado y el 30% restante tuvieron un peso por arriba de lo normal según la curva de Lubchensko, siendo el peso promedio de 3660 gramos. (cuadro 3)

La curva de Lubchensko y Battaglia es en base a su peso y edad gestacional. Productos por arriba de 3800 g y de 38 a 42 semanas de gestación son considerados grandes para la edad gestacional; de 2800 a 3800 y de 38 a 42 semanas son de peso adecuado; de 500 a 2800 g, son considerados de pequeño peso para la edad gesta-

cional.

Cuadro 3

Valoración de los pacientes al nacimiento de acuerdo al criterio de Lubchensko y Battaglia.

<u>Semanas de gestación</u>	<u>Peso</u>	<u>Valoración</u>	<u>Por ciento</u>
38	3150 g		
39	3300 g	Adecuado	
38	3300 g	para la	
40	3300 g	edad ges-	70
39	3340 g	tacional	
40	3700 g		
39	3860 g		
38	4200 g	Grande para la	
40	4200 g	edad gestacio-	30
38	4250 g	nal	

El análisis de la gestación a la que correspondieron se es -
 quematiza en el cuadro 4, donde se comprueba que la mayor frecuen-
 cia está en los primogénitos y los productos de la segunda gesta -
 ción, de tal manera que la morbilidad disminuye a medida que aumen-
 ta el número de embarazos.

Cuadro 4

Número gestacional de los pacientes

<u>Casos</u>	<u>Gestación</u>	<u>Por ciento</u>
4	I	40
2	II	20
4	III y más	40

El cuadro 5 nos muestra que el 80% de los pacientes corresponden a productos de partos eutósicos (resueltos por vía vaginal y sin aplicación de forceps), y un 20% a distósicos (cesáreas).

Cuadro 5

Tipo de parto y número de casos

<u>Parto</u>	<u>Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Eutósico	8	80
Distósico	2	20

En relación al tipo sanguíneo, se observó que la morbilidad es mayor en el grupo O. También se aprecia que la predominancia es mayor en presencia del factor Rh. (cuadro 6)

Cuadro 6

Tipo sanguíneo de los pacientes

<u>Casos</u>	<u>Grupo</u>	<u>Factor</u>	<u>Porcentaje</u>
7	O	Positivo	70
2	A	Positivo	20
1	O	Negativo	10

Se consideró el peso al nacimiento para compararlo al peso registrado en el momento de elaborar el diagnóstico, con el propósito de conocer el déficit ponderal habido en los pacientes, siendo el resultado de 422 gramos promedio el déficit ponderal por paciente. (cuadro 7)

Se analizó la edad en que los pacientes iniciaron el cuadro clínico y se relacionó con la edad que contaban al elaborar el diagnóstico y el tiempo empleado en efectuarlo. Dichos resultados se ilustran en el cuadro 8.

Cuadro 7

Déficit ponderal por paciente

<u>Peso al nacer</u>	<u>Peso al hacer el diagnóstico</u>	<u>Déficit ponderal</u>
3700 g	3100 g	600 g
4250 g	4000 g	250 g
4200 g	3900 g	300 g
3300 g	3250 g	50 g
3340 g	3000 g	340 g
3150 g	3000 g	150 g
3300 g	2800 g	500 g
3300 g	2250 g	1050 g
4200 g	4080 g	120 g
3260 g	3000 g	260 g

Déficit ponderal promedio = 422 gramos.

Cuadro 8

Inicio del cuadro clínico y tiempo empleado en la elaboración diagnóstica

<u>Edad de inicio</u>	<u>Edad al diagnóstico</u>	<u>Tiempo empleado</u>
6 días	31 días	25 días
7 "	37 "	30 "
8 "	18 "	10 "
8 "	44 "	36 "
8 "	50 "	42 "
10 "	16 "	6 "
12 "	38 "	26 "
15 "	42 "	27 "
15 "	70 "	45 "
30 "	72 "	42 "

Las manifestaciones más frecuentemente encontradas en los pacientes fueron: Prueba del biberón positiva y vómitos en el 100 % de los casos, ondas peristálticas visibles en un 90%, estreñimiento y oliva pilórica palpable en el 60%, y solo el 50% presentaron deshidratación y desnutrición. (cuadro 9)

Cuadro 9

Relación porcentual de signos y síntomas principales.

<u>Signos y síntomas</u>	<u>No. casos</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Vómitos</u>	<u>10</u>	<u>100</u>
<u>Prueba del biberón</u>	<u>10</u>	<u>100</u>
<u>Ondas peristálticas</u>	<u>9</u>	<u>90</u>
<u>Oliva pilórica</u>	<u>6</u>	<u>60</u>
<u>Estreñimiento</u>	<u>6</u>	<u>60</u>
<u>Deshidratación</u>	<u>5</u>	<u>50</u>
<u>Desnutrición</u>	<u>5</u>	<u>50</u>

Los exámenes de laboratorio y gabinete practicados a los pacientes, sus resultados casi no fueron significativos, ya que la mayoría de ellos se reportaron normales, excepto una serie gastroduodenal que mostró aumento del volumen gástrico.

Las complicaciones postoperatorias de los pacientes ocurrieron en dos de ellos, consistiendo éstas en eventración, mismas que fueron reintervenidos efectuándoseles reparación de pared abdominal.

El número de días de hospitalización, fué de 6 a 11 días, con un promedio de 7.8 días.

En el momento del estudio, se registraron el peso y edad de los pacientes comparandolos con el peso y edad del grupo control ,

apreciándose que los pacientes han tenido un incremento ponderal - adecuado, e incluso, la mayoría de ellos sobrepasan el peso del - grupo control.

Para tener una visión más amplia acerca del incremento de la curva ponderal en relación a la edad y talla de los pacientes, los cuadros 10 y 11 nos muestran en forma comparativa los datos del - grupo control y de los pacientes.

Cuadro 10

Edad, peso y talla de los pacientes.

<u>Edad</u>	<u>Peso</u>	<u>Talla</u>
<u>14 meses</u>	<u>10,350 g</u>	<u>82 cm</u>
<u>14 "</u>	<u>11,650 g</u>	<u>86 cm</u>
<u>15 "</u>	<u>11,200 g</u>	<u>83 cm</u>
<u>15 "</u>	<u>13,060 g</u>	<u>79 cm</u>
<u>17 "</u>	<u>10,480 g</u>	<u>77 cm</u>
<u>17 "</u>	<u>11,500 g</u>	<u>79 cm</u>
<u>17 "</u>	<u>12,300 g</u>	<u>79 cm</u>
<u>20 "</u>	<u>12,600 g</u>	<u>89 cm</u>
<u>21 "</u>	<u>12,900 g</u>	<u>90 cm</u>
<u>22 "</u>	<u>13,100 g</u>	<u>92 cm</u>

Cuadro 11

Edad, peso y talla del grupo control.

<u>Edad</u>	<u>Peso</u>	<u>Talla</u>
<u>15 meses</u>	<u>10,750 g</u>	<u>79 cm</u>
<u>16 "</u>	<u>9,000 g</u>	<u>80 cm</u>
<u>16 "</u>	<u>9,250 g</u>	<u>84 cm</u>
<u>16 "</u>	<u>11,000 g</u>	<u>84 cm</u>
<u>17 "</u>	<u>8,750 g</u>	<u>81 cm</u>
<u>18 "</u>	<u>11,250 g</u>	<u>83 cm</u>
<u>18 "</u>	<u>12,500 g</u>	<u>82 cm</u>
<u>19 "</u>	<u>11,000 g</u>	<u>83 cm</u>
<u>19 "</u>	<u>12,750 g</u>	<u>81 cm</u>
<u>22 "</u>	<u>11,000 g</u>	<u>89 cm</u>

Se valoró en los pacientes el desarrollo psicomotor de acuerdo a los siguientes parámetros: físicos, sociales, postura, atención, relación, emoción y palabra. El resultado de todos los casos fué adecuado de acuerdo a la edad de cada uno de ellos.

La alimentación posterior al egreso del hospital fué a base de leche artificial maternizada y semidescremada, más tarde fué - substituida por leche fresca. La ablactación se inició de los 60 a los 90 días. Actualmente, todos los pacientes se encuentran inte -

grados a la alimentación familiar.

Entre los antecedentes heredofamiliares encontrados, predominaron los diabéticos en un 50%, le siguieron los cardiovasculares y neoplásicos con un 20%, asmáticos y neurológicos con un 10%.

Durante el control prenatal de las madres de los pacientes, se les administraron algunos medicamentos. En el cuadro 12 se muestra el tipo de ellos.

Cuadro 12

Medicamentos administrados en el embarazo.

<u>Tipo</u>	<u>No. casos</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Vitaminas</u>	<u>10</u>	<u>100</u>
<u>Sulfato ferroso</u>	<u>10</u>	<u>100</u>
<u>Analésicos</u>	<u>4</u>	<u>40</u>
<u>Antibióticos</u>	<u>4</u>	<u>40</u>
<u>Antifúngicos</u>	<u>1</u>	<u>10</u>
<u>Antieméticos</u>	<u>1</u>	<u>10</u>

Finalmente, durante el embarazo de las madres de los pacientes, se presentaron algunos padecimientos concomitantes. Cuadro 13

Cuadro 13

Padecimientos concomitantes al embarazo.

<u>Padecimientos</u>	<u>No. casos</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Influenza</u>	<u>3</u>	<u>30</u>
<u>Amigdalitis</u>	<u>5</u>	<u>50</u>
<u>Preeclampsia</u>	<u>2</u>	<u>20</u>
<u>T.B.P.</u>	<u>1</u>	<u>10</u>
<u>Infección Vías Urin.</u>	<u>1</u>	<u>10</u>

COMENTARIOS

Los resultados concuerdan en su gran mayoría a los obtenidos por diversos autores (Nelson, Valenzuela, Cravioto, Vega Franco, - Porras Ramírez).

Así vemos que ésta entidad es más frecuentemente observada en el sexo masculino, tal como quedó demostrado en el análisis.

No es privativo de un medio ambiental específico, ya que la - incidencia es similar tanto para el medio rural como para el urbano.

El peso registrado al nacimiento de éste grupo estudiado, fué considerado adecuado para su edad gestacional, e incluso superior en algunos de ellos. La relación entre peso y edad gestacional se practicó según el criterio sugerido por Lubchensko.

Es importante considerar que los resultados concuerdan con - los hallazgos publicados en la literatura médica en relación, a - que la morbilidad es mayor en los primogénitos y productos de la - segunda gestación, disminuyendo en los embarazos subsecuentes.

Si recordamos lo comentado en algunos trabajos en relación al tipo sanguíneo, no se encontró contradicción a lo expuesto, ya que el padecimiento predominó en el grupo O Rh positivo, en relación a los demás grupos.

Es probable que exista cierta relación de éste padecimiento - con los antecedentes heredofamiliares, ya que éstos fueron positivos en un 80% (diabéticos, neoplásicos y asmáticos), de aquí la - posibilidad de que exista un factor genético, sin poder ser esto comprobado.

Dentro de los padecimientos concomitantes con el embarazo, - sobresalen las infecciones de las vías respiratorias altas, si re-

cordamos que éste tipo de padecimientos en su mayoría son de origen viral, cabe otra posibilidad etiológica.

La edad de inicio del padecimiento fluctuó entre seis a treinta días, con un promedio de 11.9 días.

Los datos que presentaron los pacientes fueron en orden decreciente: vómitos, prueba del biberón positiva, ondas peristálticas visibles, oliva pilórica palpable, estreñimiento, desnutrición y deshidratación, éstos dos últimos como resultado del tiempo prolongado en la elaboración diagnóstica, posiblemente debido a la ignorancia de las madres, ya que en muchas ocasiones el enfermo es atendido tardíamente, por otro lado, la incapacidad por parte de los profesionales para elaborar oportunamente el diagnóstico.

A pesar de que los paraclínicos deberían estar alterados, éstos fueron reportados como normales, sin embargo esto es relativo, ya que cuando se efectuaron éstos, nuestros pacientes estaban bajo tratamiento preoperatorio.

El tratamiento fué quirúrgico, consistente en la piloromiotomía precedida de la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico.

Entre las complicaciones registradas, se presentaron dos eventraciones, probablemente por estar alterado el proceso de cicatrización como consecuencia del mal estado nutricional y/o a una mala ejecución de la técnica quirúrgica, o por material de sutura de mala calidad.

El número de días que permanecieron hospitalizados, fluctuó de 6 a 11 días, con un promedio de 7.8 días. Según Kempe y cols., éste tipo de pacientes deben permanecer hospitalizados un mínimo de 2 semanas vigilando su postoperatorio, sin embargo en nuestro medio y dadas las condiciones socioeconómicas, esto no es factible

Consideramos que lo más relevante de nuestra investigación es que a un año del tratamiento, los pacientes han tenido un incremento acentuado en su curva ponderal en relación al grupo control, posiblemente debido a la hiperorexia compensatoria que presentan, aunada a las recomendaciones y educación médica dadas a las madres respecto a las técnicas y tipo de alimentación, ya que algunos de nuestros casos han sobrepasado el peso y talla normal para su edad.

El desarrollo psicomotor hasta el momento actual, no se ha visto afectado, sin embargo, no sería remoto pensar que a una edad más avanzada, existiera cierto grado de repercusión en ésta esfera.

CONCLUSIONES

Se demuestra que la estenosis hipertrófica congénita del píloro es más frecuente en el sexo masculino.

La morbilidad es mayor en primogénitos y productos de segunda gestación, a medida de que aumenta el número de embarazos su frecuencia es menor.

Se observa más frecuentemente asociada al grupo sanguíneo O, Rh positivo.

Generalmente los signos clínicos se manifiestan en la segunda semana de edad.

El diagnóstico debe hacerse en base a su cuadro clínico.

El tratamiento de elección es quirúrgico.

El estado nutricional precario, contribuye a un mayor número de complicaciones.

Es probable que exista cierta relación con los antecedentes heredofamiliares de tipo diabético, por participación de un posible factor genético.

El incremento ponderal posterior a la corrección quirúrgica, es adecuado, incluso superior al que se observa en niños normales.

A un año de efectuado el tratamiento, no existen repercusiones en el desarrollo psicomotriz, sin embargo, éste no es privativo de etapas ulteriores.

SUGERENCIAS

Evaluar el desarrollo psicomotriz de éstos pacientes en forma ulterior, para determinar su repercusión.

Investigar más ampliamente los antecedentes heredofamiliares, principalmente aquellos de posible origen genético en todo paciente con esta patología.

Es necesario dar una adecuada educación médica a la población derechohabiente, mediante pláticas de grupos organizados de acción intra y extramuro con el fin de prevenir deficiencias nutricionales.

Concientizar a los médicos tratantes a través de programas de educación médica continua, la necesidad de elaborar un diagnóstico oportuno en éste tipo de pacientes, con el propósito de evitar un probable deterioro ulterior en su desarrollo psicomotriz, ya que ello repercutirá directamente en el bienestar del núcleo familiar, evitándose así, un mayor número de erogaciones de tipo económico por parte del Instituto Mexicano de Seguro Social.

B I B L I O G R A F I A

1.- Nelson, Vaughan, McKay.

" Malformaciones congénitas de las vías gastrointestinales y obstrucción intestinal ".

Tratado de Pediatría.

Editorial Salvat. Tomo II, 1974. Pag. 800 - 804.

2.- R. H. Valenzuela, J. Luengas, L. Marquet.

" Anomalías congénitas del tracto digestivo y de la pared abdominal ".

Manual de Pediatría.

Editorial Interamericana. 8a. Edición, 1970. Pag. 351 - 369.

3.- C. Henry Kempe.

" Estenosis pilórica ".

Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico.

Manual Moderno., 1972. Pag. 326 - 327.

4.- Mac Bryde - Blacklow.

" Obstrucción Mecánica del tubo gastrointestinal ".

Signos y Síntomas.

Editorial Interamericana. 5a. Edición, 1973. Pag. 373 - 376.

5.- Cecil - Loeb.

" Estenosis pilórica ".

Tratado de Medicina Interna.

Editorial Interamericana. 14ava. Edición, 1972. Pag. 870 - 871.

6.- Stanley L. Robbins.

" Anomalías congénitas ".

Tratado de Patología.

Editorial Interamericana. 5a. Edición, 1970. Pag. 750 - 751.

7.- Claude E. Welch.

" Anomalías congénitas ".

Cirugía Gastroduodenal.

Editorial Interamericana. 4a. Edición, 1969. Pag. 58 - 62.

8.- Huzuenard, J. R. y Sharples, G. E.

" Incidence of congenital Pyloric Stenosis ".

Journal Pediatrics.

Vol. 81. No. 45, 1972.

9.- Dodge S. A.

" Infantil hypertrophic pyloric stenosis in Belfast ".

Arch. Dis. Child.

Mar. 75. Pag. 171 - 175.

10.- Vega Franco y Pérez Rolón.

" Hipertrofia congénita del píloro. Factores asociados con su frecuencia ".

Bol. Med. del Hospital Infantil de México.

Vol. XXXII. No. 3, Mayo - Junio 1975. Pag. 391 - 397.

11.- Porras Ramírez.

" Hipertrofia congénita del píloro. Cambios ponderales inmediatos a la corrección quirúrgica ".

Bol. Med. del Hospital Infantil de México.

Vol. XXIX. No. 2, Marzo - Abril 1972. Pag. 165 - 170.

12.- Cravioto, J., Birch, H. G. y Roca de Licardel, E.

" Influencia de la Desnutrición en la capacidad de aprendizaje del niño escolar ".

Bol. Med. del Hospital Infantil de México.

No. 2. Marzo - Abril 1967. Pag. 217 - 230.

13.- Gravioto, y R. De Licardie M.

" Desnutrición en la Infancia y nivel intelectual ".

Bol. Med. del Hospital Infantil de México.

Vol. XXVIII. No. 6, Nov. - Dic. 1971. Pag. 663 - 680.

14.- Sidney S. Gellis, M. D., Benjamín M. Kagan, M. D.

" Estenosis hipertrófica del píloro ".

Pediatría Terapéutica.

Editorial Salvat. 1964. Pag. 257 - 259.

15.- Orvar Swenson.

" Estenosis hipertrófica congénita del píloro y otras lesiones de estómago ".

Cirugía Pediátrica.

Editorial Interamericana. 8a. Edición, 1960. Pag. 253 - 266.

16.- Alfredo Cuéllar.

" El problema nutricional en México ".

Nutrición en Pediatría.

Soc. Mexicana de Pediatría, A. C., 1972. Pag. 13 - 29.

17.- Vega Franco.

" Consecuencias de la desnutrición en la infancia ".

Bol. Med. del Hospital Infantil de México.

Vol. XXX. No. 4, Julio - Agosto 1973. Pag. 627 - 638.

- E S T U D I O S

F A M I L I A R E S -

FAMILIA GIL GARCIA.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Teresa Gil García, de 26 años de edad, originaria de Tamazula, Jal., soltera y de ocupación obrera; trabaja en Larroque 1611, Col. Nueva, su domicilio familiar es en el Kilómetro 8 Carretera San Felipe, B.Cfa. Norte.

Es una familia integrada por 3 adultos y 6 menores.

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos familiares mensuales ascienden a \$ 3,650.00, - percibidos de la interesada y de una abuela (pensionada).

El total de egresos mensuales son de \$ 3,830.00 aproximadamente.

Habitación y muebles.- La casa es propia, las paredes son de ladrillo con techo de madera y piso de tierra. Consta de 5 piezas. La disposición de excretas es en fosa séptica. Carecen de agua intradomiciliaria. El mobiliario es insuficiente para las necesidades de la familia.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

La abuela es analfabeta, tres de ellos tienen educación primaria y dos cursan estudios secundarios.

Medio familiar.- Ella es madre soltera, existen buenas relaciones intrafamiliares. El aspecto moral es adecuado; existe interés por la educación en forma oficial. La organización es adecuada en el aspecto funcional y educacional, no siendo así para el económico.

Datos biográficos de la entrevistada.- Nació en Tamazula, Jalisco, en donde vivió hasta la edad de 2 años, para radicar desde hace 22 años en Mexicali, B. Cfa. Nte. Estudió hasta el

sexto año de primaria. Actualmente trabaja como obrera en una maquiladora. Desde hace 4 años sostiene relaciones sexuales no legalizadas. Ha procreado 2 hijos.

Aspecto Etico-Social.- Es poco sociable. Carece de vicios, su rutina es el trabajo y el hogar.

Diagnóstico integral.- Es una familia numerosa, extensa, matrilocal, con autoridad matriarcal; su situación económica es precaria; las condiciones higiénicas son deficientes, existiendo hacinamiento y promiscuidad en el hogar.

FAMILIA RODRIGUEZ VILLAESCUSA.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Elvia Villaescusa de Rodríguez, de 21 años de edad, originaria de Hermosillo, Son., casada, dedicada a labores domésticas y con domicilio en Reforma 420, Col. Nueva de ésta Ciudad.

Es una familia integrada por dos adultos y un menor.

II.- ASPECTO ECONOMICO FAMILIAR

Los ingresos familiares mensuales ascienden a \$ 8,000.00, con \$ 4,950.00 de egresos.

Habitación y muebles.- La casa es de alquiler, de madera, consta de 3 piezas. El mobiliario es suficiente para las necesidades familiares.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

Estudió hasta el sexto año de primaria. El esposo terminó la secundaria.

Medio familiar.- Las relaciones intrafamiliares son aceptables; el comportamiento del matrimonio es adecuado. Es una familia organizada en todos los aspectos.

Datos biográficos de la entrevistada.- Nació en el año de 1955 en Hermosillo, Son., ahí terminó su instrucción primaria. A los 17 años de edad se vino a radicar a Mexicali, donde contrae matrimonio a los 19 años, procreando un hijo.

Aspecto Etico-Social.- Sus diversiones son asistir a las salas cinematográficas ocasionalmente.

Diagnóstico integral.- Es una familia pequeña, nuclear, neolocal, de autoridad patriarcal y con situación económica favorable. Las condiciones sanitarias del hogar son adecuadas; existiendo buena organización familiar.

FAMILIA BADILLO LOPEZ.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Josefina López de Badillo, de 24 años de edad, originaria de Mexicali, casada, dedicada al hogar, su domicilio familiar es Margaritas 593, Col. Alamitos, Mexicali, B. Cfa. Nte.

La familia está integrada por dos adultos y dos menores.

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos mensuales ascienden a \$ 7,800.00, siendo los egresos de \$ 4,000.00

Habitación y muebles.- La casa es propia, construida de madera, techo de dos aguas; tiene tres habitaciones; cuentan con agua intradomiciliaria; las excretas son depositadas en fosa séptica. El mobiliario satisface las necesidades de la familia.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

Terminó la educación primaria al igual que su esposo.

Medio familiar.- El esposo es alcohólico, por lo que las relaciones intrafamiliares no son satisfactorias. No existe in-

terés en la educación de los hijos por parte del padre.

Datos biográficos de la entrevistada.- Originaria de Mexicali, B. Cfa. Nte., se casó a los 19 años de edad, actualmente tiene 2 hijos. Se dedica al hogar.

Aspecto Etico-Social.- El matrimonio sale de paseo ocasionalmente. El esposo frecuentemente se reúne con los amigos para ingerir bebidas embriarantes.

Diagnóstico integral.- Es una familia nuclear, neolocal y de autoridad patriarcal, mal organizada, el aspecto educacional para con los hijos es inadecuado.

FAMILIA MARTINEZ MURRIETA.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Alicia Murrieta de Martínez, de 23 años de edad, procedente de Las Varas, Nayarit, casada, dedicada al hogar, con domicilio en Cristóbal Colón 201, Ejido Oviedo Nota.

La familia consta de dos adultos y dos menores.

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos mensuales ascienden a \$ 2,000.00, con \$ 2,200.00 aproximadamente para los egresos.

Habitación y muebles.- La casa es propia, construida de madera con techo de cartón y piso de tierra. Consta de 2 piezas.

El mobiliario es muy escaso. La deposición de excretas es en letrina, el agua es obtenida de hidrantes públicos.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

Ella estudió hasta el tercer grado de primaria. El esposo es analfabeta.

Medio familiar.- Las relaciones intrafamiliares son buenas.

Los valores morales son importantes y como resultado a la -

religión que profesan. Existe interés en que los hijos se eduquen en forma oficial.

Datos biográficos de la entrevistada.- Originaria de Las Varas, Nayarit, radica en Mexicali desde hace 5 años, ha procreado dos hijos. Su ocupación es el hogar.

Aspecto Etico-Social.- Practicamente no existen actividades sociales en la familia, ya que solamente unas dos veces por año viajan a Mexicali para adquirir algunos artículos.

Diagnóstico integral.- Es una familia pequeña, nuclear, neolocal, con autoridad patriarcal, sus condiciones económicas son deficientes así como las sanitarias, existiendo hacinamiento y promiscuidad.

FAMILIA FLORES ARCE.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Olivia Arce de Flores, de 27 años, procedente del Ejido Puebla, casada, dedicada al hogar y con domicilio en Hidalgo 320, Ejido Puebla, Mpio. de Mexicali, B. Cfa. Nte.

El núcleo familiar integrado por dos adultos y tres menores

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos mensuales ascienden a \$ 2,460.00 y los egresos llegan a \$ 2,700.00

Habitación y muebles.- La casa es propia, de adobe, consta de una pieza dividida en dos compartimientos. El mobiliario es escaso. El agua es traída al hogar de hidrantes públicos.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

Es analfabeta, igual el esposo.

Medio familiar.- Las relaciones intrafamiliares son adecua-

das. Existe interés por la educación de los hijos por parte de los progenitores.

Datos biográficos de la entrevistada.- Es originaria del Valle de Mexicali, hace 8 años contrajo matrimonio, ha procreado 3 hijos.

Aspecto Etico-Social.- El trabajo les impide hacer vida social. El esposo ocasionalmente toma hasta llegar a la embriaguez.

Diagnóstico integral.- Familia neolocal, con autoridad patriarcal en malas condiciones económicas y sanitarias.

FAMILIA RODRIGUEZ BRAVO.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Guadalupe Bravo de Rodríguez, de 42 años de edad, procedente de Caborca, Son., casada, de ocupación doméstica y con domicilio en Gómez Farías 34, Ejido Saltillo, Mpio. de Mexicali.

Es una familia integrada por dos adultos y 7 menores.

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos mensuales familiares son \$ 8,000.00 y \$ 7,000.00 de egresos.

Habitación y muebles.- Es casa propia, construida de adobe y techo de cartón, con piso de tierra, consta de tres piezas. El mobiliario es insuficiente a las condiciones familiares.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

Apenas sabe leer y escribir, el esposo es analfabeta, cuatro de los hijos cursan la primaria.

Medio familiar.- Existen muy malas relaciones intrafamiliares, el matrimonio frecuentemente riñe delante de los hijos.

Datos biográficos de la entrevistada.- Nació en Caborca, - Son., radica en Mexicali desde los 12 años de edad, tiene 15 años de casada y ha procreado 8 hijos; su ocupación es el hogar.

Aspecto Etico-Social.- Practicamente no existe vida social en la familia.

Diagnóstico integral.- Es una familia numerosa, neolocal, - con autoridad patriarcal, su situación económica es adecuada, - Las condiciones sanitarias del hogar son deficientes, existiendo hacinamiento y promiscuidad.

FAMILIA NUÑEZ RODRIGUEZ.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Socorro Rodríguez de Núñez, de 26 años, originaria del Muerte, Zacatecas, casada y dedicada al hogar. Vive en Morelia - 936, Pueblo Nuevo, Mexicali B. Ofa. Nte.

Familia integrada por dos adultos y un menor.

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos familiares mensuales son \$ 3,200.00, los egresos \$ 3,100.00

Habitación y muebles.- La vivienda es pequeña de adobe, piso de tierra, techo de cartón, es de una sola pieza. La letrina es colectiva. El mobiliario es escaso.

Medio Familiar.- Las relaciones intrafamiliares son malas.

Datos biográficos de la entrevistada.- Originaria del Fuerte Zacatecas, radica en Mexicali desde hace dos años, tiene 4 años de casada, ha procreado 1 hijo.

Aspecto Etico-Social.- Generalmente su trabajo hogareño le impide hacer vida social. El esposo se reúne con los amigos frecuentemente.

Diagnóstico integral.- Familia nuclear, con autoridad patriarcal, en malas condiciones económicas, el medio sanitario es inadecuado y el progenitor es alcohólico.

FAMILIA PEREZ WANCHO.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Francisca Wancho de Pérez, de 22 años, procedente de Morelia Mich., soltera, maestra, domicilio del trabajo es Calle P y Tapiceros, Col. Industrial, Mexicali B. Cfa., y con domicilio familiar en Marmoleros 1113, Col. Industrial de ésta Cd.

La familia está compuesta por 4 adultos y un menor.

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos mensuales familiares son \$ 8,780.00 y con un total de \$ 5960.00 de egresos.

Habitación y muebles.- La casa es rentada, de 4 piezas, construida de tabique, piso de cemento. El mobiliario es suficiente a las necesidades de la familia.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

Los adultos de la familia han cursado estudios secundarios, la entrevistada cursó la preparatoria.

Medio familiar.- Las relaciones intrafamiliares son aceptables. Es una familia organizada en todos los aspectos.

Datos biográficos de la entrevistada.- Originaria de Morelia Mich., desde hace 15 años vive en Mexicali, estudió hasta el tercer año de preparatoria. Es madre soltera, ha procreado un hijo.

Aspecto Etico-Social.- Acude con frecuencia a reuniones sociales, asiste a salas cinematográficas y excursiones.

Diagnóstico integral.- Familia patrilineal, extensa, con autoridad patriarcal, económicamente satisface sus necesidades, se desarrolla en buenas condiciones sanitarias.

FAMILIA COTA BERELLEZA.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. María Berelleza de Cota, de 24 años, procede del Ejido Hermosillo, casada, dedicada al hogar y con domicilio en Libertad 46, Cd. Morelos, Mpio. de Mexicali, B. Cfa. Nte.

Familia integrada por dos adultos y dos menores.

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos familiares son iguales a los egresos mensuales, con \$ 2,400.00 para cada uno.

Habitación y muebles.- Casa propia, de madera, techo de cartón, piso de tierra. Consta de dos piezas, el mobiliario es escaso.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

Estudió hasta el cuarto año de primaria, el esposo hasta el segundo año.

Medio familiar.- Las relaciones intrafamiliares son adecuadas.

Datos biográficos de la entrevistada.- Originaria del Ejido Hermosillo, hace 5 años se vino a radicar a Cd. Morelos. Ha procreado dos hijos.

Aspecto Etico-Social.- Es poco sociable, sale de su domicilio solo para comprar alimentos.

Diagnóstico Integral.- Familia pequeña, nuclear, neolocal, con autoridad patriarcal, las condiciones económicas y sanitarias son deficientes.

FAMILIA VAZQUEZ GONZALEZ.

I.- DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Sra. Lidia González de Vázquez, de 28 años de edad, originaria de Mexicali, B. Cfa. Nte., casada, dedicada a labores domésticas y con domicilio en Tamaulipas 400, Col. Nueva Esperanza, Mexicali, B. Cfa. Nte.

Familia integrada por dos adultos y tres menores.

II.- ASPECTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

Los ingresos mensuales son \$ 9,600.00 y \$ 5,650.00 de egresos.

Habitación y muebles.- La casa es de alquiler, consta de 4 piezas, los muebles satisfacen las necesidades. La deposición de excretas es en fosa séptica. Existe agua entubada intradomiciliaria.

III.- ASPECTO EDUCATIVO

Terminó la educación primaria.

Medio familiar.- Existen buenas relaciones intrafamiliares, el aspecto moral es satisfactorio, con gran interés en la educación en los hijos, es una familia organizada en todos los aspectos.

Datos biográficos de la entrevistada.- Originaria de ésta Ciudad, hace 7 años se casó, ha procreado tres hijos. Se dedica al hogar.

Aspecto Etico-Social.- Frecuentemente el matrimonio asiste a reuniones sociales.

Diagnóstico integral.- Familia neolocal, nuclear, autoridad patriarcal, condiciones económicas y sanitarias adecuadas.