

Estenose Hipertrófica do Píloro

A **estenose hipertrófica do píloro** é uma afecção frequente nos primeiros seis meses de vida, com uma incidência de 1,9 casos por mil nascidos vivos. Acomete predominantemente o **sexo masculino**, com uma relação de **4:1** em relação ao feminino, sendo mais comum em primogênitos.

Fisiopatologia: Hipertrofia Muscular e Espasmo Pilórico

Na fisiopatologia, observa-se a hipertrofia concêntrica da camada muscular circular do píloro, enquanto a camada longitudinal permanece inalterada. Uma das principais hipóteses etiológicas envolve uma deficiência de **óxido nítrico sintetase**, resultando em espasmo contínuo da musculatura pilórica, o que culmina na hipertrofia e, por consequência, no estreitamento da luz do canal pilórico..

Etiologia: Doença Adquirida de Causa Incerta

Embora a etiologia permaneça incerta, está bem estabelecido que a **doença é adquirida e não congênita**. Estudos históricos, como a análise radiológica de recém-nascidos normais nas décadas de 1960 e 1980, confirmaram que esses neonatos desenvolveram a estenose hipertrófica mesmo apresentando exames prévios normais, reforçando sua natureza adquirida. Outras hipóteses etiológicas buscam

relacionar o quadro de estenose com infecções intra uterinas ou distúrbios de células ganglionares do sistema nervoso entérico.

Fatores Genéticos e Ambientais

A predisposição genética é um fator importante, com **maior incidência nos descendentes de mães afetadas**. Fatores ambientais também desempenham um papel relevante. O uso de eritromicina nos **primeiros 14 dias de vida** é associado a um aumento de **8 a 10 vezes** no risco de desenvolvimento da estenose, conforme demonstrado em meta-análises recentes. Outros fatores como uso de mamadeira, parto prematuro e cesárea também são apontados como contribuintes estatisticamente significativos.

Quadro Clínico: Apresentação Típica

O quadro clínico clássico envolve um **lactente masculino, primogênito**, entre **5 a 6 semanas de vida**, que apresenta **vômitos não biliosos** progressivos. Inicialmente, os episódios ocorrem após duas mamadas, tornando-se mais frequentes e vigorosos, caracterizados como **vômitos em jato**. Apesar disso, a criança mantém-se ávida por mamar e sem alteração significativa do estado geral nos estágios iniciais.

No exame físico, a palpação da **oliva pilórica** na região epigástrica é **patognomônica** da condição, embora possa ser desafiador detectá-la em lactentes agitados. Nesse caso, recomenda-se acalmá-los com chupeta embebida em glicose. As **ondas peristálticas gástricas** visíveis na parede abdominal, denominadas **ondas de Kussmaul**, também são indicativas.

Distúrbios Hidroeletrólíticos

Os vômitos frequentes levam à **alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica**, condição característica que deve ser cuidadosamente avaliada no manejo clínico.

Diagnóstico por Imagem

O diagnóstico inicial pode ser sugerido por **radiografia simples de abdômen**, que revela um estômago dilatado com pouca presença de ar distal. Contudo, o **padrão ouro** é a **ultrassonografia**, que avalia diretamente o canal pilórico. Critérios diagnósticos incluem comprimento superior a 16 mm e espessura próxima a 6/7 mm.

Embora menos utilizado atualmente, o estudo contrastado de **esôfago, estômago e duodeno (EED)** pode revelar sinais radiológicos clássicos, como o **sinal do bico do seio**, **sinal do guarda-chuva** e **sinal do rabo de rato**, associados à obstrução pilórica.

Tratamento Cirúrgico: Piloromiotomia

A correção da estenose hipertrófica do piloro é essencialmente cirúrgica, com a realização da **piloromiotomia de Fredet-Ramstedt**. Antes do procedimento, é fundamental estabilizar o paciente, corrigindo eventuais distúrbios hidroeletrólíticos e descompressão gástrica por sonda orogástrica.

Técnicas Cirúrgicas

A **piloromiotomia** pode ser realizada por **via aberta**, com uma incisão no quadrante superior esquerdo sobre a oliva pilórica, ou por **via laparoscópica**. Na técnica aberta, é feita uma incisão na serosa pilórica, seguida pela divulgação cuidadosa da musculatura hipertrofiada, preservando a mucosa subjacente.

A abordagem laparoscópica utiliza instrumentos específicos, como o “**pyloric spreader**”, porém, apresenta uma curva de aprendizado significativa, com maior risco de lesão inadvertida da mucosa durante o procedimento inicial. Em caso de lesão da mucosa, deve-se realizar a sutura imediata e proceder com a divulgação da musculatura em área adjacente.

Evolução Pós-operatória e Complicações

No pós-operatório, caso não ocorram intercorrências, a criança pode se alimentar dentro de 8 a 12h. **Vômitos** podem persistir temporariamente, mas tendem a diminuir progressivamente com a estabilização da dieta. Casos de **miotomia incompleta** podem exigir reabordagem cirúrgica. O **tratamento conservador com atropina** é reservado a situações de **risco cirúrgico extremo ou indisponibilidade de serviços cirúrgicos adequados**, sendo um processo prolongado com necessidade de suporte parenteral. Entre as complicações cirúrgicas, observa-se, além do sangramento, a **perfuração da mucosa**, a qual deve ser manejada por via cirúrgica imediatamente, uma vez que o conteúdo gastroduodenal é muito irritativo.

Estudo de Caso: Apresentação Clínica Típica

Recém-nascido masculino, 35 dias de vida, branco, procedente de São Paulo, foi admitido com queixa de vômitos progressivos após as mamadas. Inicialmente esporádicos, os episódios tornaram-se frequentes e **em jato**, contendo leite, sem bile. A criança apresentava-se ávida por mamar entre os episódios e não havia sinais de febre ou alterações intestinais.

O exame físico revelou bom estado geral, abdômen globoso e flácido, com palpação de uma massa arredondada e elástica de 2 cm na região epigástrica, identificada como a **oliva pilórica**. A radiografia do abdômen mostrou dilatação gástrica significativa. O diagnóstico foi confirmado por ultrassonografia, evidenciando espessura pilórica superior a 4 mm e comprimento maior que 16 mm.

Após estabilização hidroeletrólítica, o paciente foi submetido à piloromiotomia aberta com sucesso, apresentando melhora progressiva dos sintomas e tolerância alimentar satisfatória no pós-operatório.