

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA

Hipertrofia primaria del píloro en el adulto

Reporte de estos casos.

Por los Dres.:

GRACIELA JIMÉNEZ,* ALEJANDRO GARCÍA GUTIÉRREZ**
CÁNDIDA SORIA,*** JOSÉ PERERA***

Jiménez, G. et al. *Hipertrofia primaria del píloro en el adulto. Reporte de dos casos.* Rev Cub Med 13 : 5, 1974.

Se revisa la hipertrofia del píloro en el adulto y se señala su mayor incidencia en el hombre, entre los 35 y 60 años de edad. Se citan las distintas teorías sobre su etiología y las distintas manifestaciones radiológicas. Se hace énfasis en lo difícil de su diagnóstico diferencial con otras lesiones estenosantes malignas. Se reportan dos casos, uno *di* 37 años que representa la forma de evolución insidiosa; y otro de 69 años con una forma de instalación aguda de un síndrome pilórico. Actualmente se recomiendan las técnicas quirúrgicas: piloroplastia y exéresis del píloro. Se considera como más efectiva la piloroplastia, debiendo dejarse la resección para aquellos pacientes en quienes coexiste una patología asociada que lo justifique o cuando no puede eliminarse totalmente la posibilidad de una neoplasia maligna.

Concepto

La estenosis por hipertrofia del píloro es una entidad que se presenta con caracteres bien definidos en el lactante, en el adulto no es así, pues existen ciertos aspectos, como la etiología, que es muy discutida. La sintomatología, que es poco explícita en algunas ocasiones, alarmante en otras. Es importante el diagnóstico diferencial,^{1,2,3} sobre todo con el cáncer gástrico, pues a veces no es posible distinguirlos; lo que es de importancia trascendental por el pronóstico de este último.

Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino que al femenino en una proporción de 3, 4:1.^{1,2,3}

Especialista del Instituto de Gastroenterología.
** Profesor de cirugía del hospital "General Calixto García".
*** Residente del Instituto de Gastroenterología.

La edad de inicio de los síntomas oscila entre los 35 y 60 años, según lo expresado por la mayoría de los autores.

Historia

El primer hallazgo en el adulto fue descrito en París por *Jean Cruvelilhier* (1833), en la autopsia de una paciente de 71 años de edad. Eue *Billroth*¹ quien hizo la descripción clásica de esta entidad en el adulto en 1890 llamándole "piloritis hipertrófica benigna". Años más tarde se conoció como "hipertrofia de Billroth".

Frecuencia

En términos (le porcentaje del píloro se ha registrado con una frecuencia que varía entre 0,01 a 1 según *Bockus*.² En el hospital "Calixto García" hemos encontrado solamente tres casos entre 215 820 pacientes de los

cuales dos corresponden al año 71 y que precisamente son los que reportamos en este trabajo, (representan 0,001%).

Etiología

Ha sido objeto de numerosas hipótesis entre las que se señalan:

- a) Persistencia de la estenosis hipertrófica infantil: El desarrollo excesivo del esfínter pilórico al que se suma un factor espástico es la teoría más aceptada en el niño, y se cree que su persistencia explicaría la forma adulta.
- b) Regresión a ciertas estructuras que normalmente se ven en especies inferiores de la escala zoológica.
- c) Piloespasmo: No se acepta por sí solo como causante de hipertrofia, sino que se añade a esta patología. Los argumentos contra esta hipótesis son los espasmos comunes y las hipertrofias raras. Otro aspecto que resta fuerza a esta teoría es la aparición repetida y mantenida de espasmos del esfínter anal y del esfínter de Oddi, sin embargo, no se producen hipertrofias de las musculaturas correspondientes.⁴
- d) Secundarias a gastritis úlcera y otras lesiones pilóricas.
- e) Secundaria a úlcera gástrica de localización alta:

Numerosos autores han encontrado hipertrofia del píloro en úlceras activas o cicatrizadas, en regiones del estómago distales al píloro.

Las alteraciones inflamatorias y los espasmos reflejos se han considerado como otras tantas posibilidades que explicarían la hipertrofia en estos casos.

Clasificación

Rasándose en un criterio anatómico las hipertrofias del píloro se clasificaron de las formas siguientes:⁴

1. Focal o localizada
2. Multinodular
3. Circular o generalizada

La forma focal es aquella en que existe solamente un área localizada de hipertrofia. La forma circular o generalizada es aquella que presenta la hipertrofia en forma difusa, y la multinodular es una forma intermedia entre la circular y la focal.

Secundarias o concomitantes. Hipertrofia muscular asociada o debida a lesiones patológicas en o alrededor del píloro como son: inflamaciones, ulceraciones, adenomatosis, carcinoma, fibrosis, infiltraciones.

Cuadro clínico: No existe un cuadro clínico patognómico de esta entidad. Los síntomas son variados y poliformes, existiendo casos asintomáticos en que la hipertrofia ha sido un hallazgo durante intervenciones quirúrgicas o necropsias.

No es excepcional encontrar sintomatología desde la infancia.³

En el adulto las primeras manifestaciones comienzan generalmente en la juventud y con mayor frecuencia entre los 35 y 60 años.³ El comienzo de los síntomas puede ser brusco con el cuadro típico de una estenosis descompensada, o bien puede evolucionar con episodios de epigastralgia, llenura, náuseas.³ El dolor epigástrico es el síntoma más constante, se agrava con la ingestión de alimentos refiriendo los pacientes alivio con los vómitos,^{1,3,4} generalmente no se calma con los antiácidos.¹ En ocasiones simula con síndrome ulceroso y se reporta que el dolor puede irradiarse a los hipocondrios.

Otros trastornos que pueden presentar los pacientes son: anorexia, distensión abdominal,

estreñimiento, eructos que pueden ser pútridos si hay dificultad de vaciamiento gástrico.^{1,3}

El estado general estará en proporción directa al grado de dificultad de la nutrición.³

El cuadro agudo de obstrucción pilórica es más frecuente al final de la evolución insidiosa. Se señala que en los individuos de más de 60 años este cuadro agudo es por desfallecimiento de la musculatura gástrica.³ Puede presentarse hematemesis, bien a causa de erosiones de la mucosa o por gastritis o úlcera péptica concomitante, aunque en ocasiones la causa no es precisada.

Los casos asintomáticos o con manifestaciones insignificantes, generalmente corresponden a hipertrofias de tipo focal.⁴

Entre otras sintonías se describen trastornos de la personalidad con labilidad efectiva.⁴ Se señala asociación con litiasis vesicular y hernia hiatal.

El examen físico generalmente es negativo^{1,7} estando en ocasiones representado por sensibilidad en epigastrio y existencia de chapoteo sobre todo en las obstrucciones crónicas del píloro.³ Excepcionalmente puede palparse el píloro hipertrofiado, lo que ha sido informado sobre todo en pacientes con marcada emaciación.

Complicaciones

1. La obstrucción pilórica constituye la principal complicación de esta entidad (aunque es poco frecuente).^{2,3}
2. Úlcera gástrica. Puede verse como complicación, secundaria a la retención gástrica, al igual que las gastritis y erosiones.
3. Hemorragias ya por erosiones de la mucosa, gastritis, úlceras o sin causa evidente.²
4. Carcinoma. Se ha señalado el peligro del desarrollo de un carcinoma de la musculatura hipertrofiada.

Exámenes complementarios: El examen complementario de mayor importancia es el estudio radiológico, al que dedicaremos un epígrafe aparte.

la demostración de la simple hipertrofia de la musculatura pilórica por biopsia operatoria es determinante.

Entre otras investigaciones se señala el análisis del contenido gástrico, que puede descubrir retención y retardo de la evacuación gástrica. En la mayoría de los casos se encuentran cifras de acidez dentro de límites normales, aunque se han señalado casos con anaclorhidria.

(*Aslroscopia:* El examen endoscópico del estómago, en estos pacientes, puede demostrar lesiones de gastritis, sobre todo cuando hay retención.

El cuadro endoscópico típico demuestra un píloro fijo, de bordes lisos y notablemente estenosado. El signo más notable consiste en la falta de cierre completo del píloro, aun cuando las ondas peristálticas pueden terminar con una contracción de cierta intensidad en el canal pilórico.² Estos signos, aunque no patognomónicos de hipertrofia del píloro, son de valor en un paciente con signos radiológicos de estenosis pilórica.

Radiología

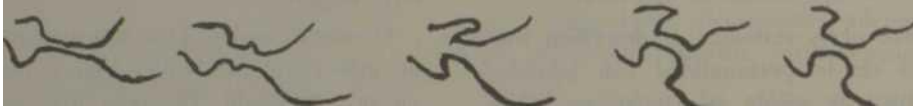
Se señalan los siguientes signos radiológicos: (Fig. 1).

1. Estrechamiento y enlongación del canal pilórico. El canal pilórico tiene una longitud no mayor de 1 cm, llegando a alcanzar 4 cm o más en estos casos. El calibre es también menos que el normal, sobre todo en las formas circulares. Un detalle importante a señalar es que estas estenosis no ceden con antiespasmódicos ni anestésicos.^{2,3,4}
2. Por lo general el contorno de la porción estenosada es lisa, aunque en las hipertrofias focales puede ser

Diagnóstico radiológico

Imágenes más típicas.

- 1- Estrechamiento y elongación del canal pilórico.
- 2- Imágenes de adición en canal pilórico.
- 3- Bulbo duodenal en hongo o sombrilla.
- 4- Píloro entre paréntesis y en doble paréntesis.
- 5- Menor densidad del contraste a nivel del canal estenosado.



irregular. *Twining* ha descrito imágenes por aflicción en el contorno del canal pilórico. Estas imágenes se ven en la parte media del conducto estenosado y en ocasiones solamente en el borde inferior. Se explican estas formaciones por la presencia de surcos de la mucosa entre el verdadero esfínter pilórico y la musculatura hipertrofiada de la región prepilórica. Dichas imágenes no son constantes y desaparecen con la compresión, lo que constituye el diagnóstico diferencial con los verdaderos nichos.

3. Otra imagen que podemos observar en el duodeno en forma de "Hongo"

"sombrilla".^{3,1} *Kirklin* considera este signo como muy característico. No obstante, no podemos considerarlo patognómico ya que puede observarse en pacientes normales, en prolapsos de la mucosa gástrica, pólipos

gástricos pediculados y a veces en carcinomas del píloro.

Se señala una imagen radiológica muy característica, conocida con el nombre de "entre paréntesis" por el perfil cóncavo que describen el antro y la base del bulbo duodenal.³

En ocasiones el perfil del conducto estenosado adquiere la forma de dos curvas concéntricas que si se acompañan de la imagen anteriormente descrita, recibe el nombre de "píloro en doble paréntesis".³

Se describe también menor densidad del contraste a nivel del canal estenosado.

Anatomía patológica

Macroscópicamente el carácter distintivo de esta entidad consiste en una hipertrofia lisa, bien delimitada y movable de la por

ción pilórica. Generalmente es difusa, raras veces focal. El esfínter pilórico, en estos casos puede mostrar doble espesor o más que en los sujetos normales.

El diagnóstico microscópico se basa en la presencia de hipertrofia o hiperplasia de las fibras circulares del píloro.^{1*234} En ocasiones esta hipertrofia puede verse en las fibras longitudinales. La hipertrofia de la musculatura termina de manera repentina en el esfínter pilórico, pero no se prolonga al duodeno. Se señala en la mucosa y submucosa infiltraciones celulares de linfocitos, plasmocitos y neutrófilos.

La presencia de esclerosis o tejido fibroso, más congestión, edema, e infiltración de células inflamatorias en mucosa y submucosa, tiende a excluir el diagnóstico de hipertrofia primaria y apoyar el de hipertrofia secundaria.

Tratamiento

Debe ser siempre quirúrgico, por la imposibilidad tanto de aliviar permanentemente con medidas conservadoras la sintomatología obstructiva que presentan estos pacientes, como de excluir preoperatoriamente.

Otras causas orgánicas de estenosis pilórica y, fundamentalmente, el cáncer. Esto último se demuestra al revisar la literatura, donde son excepcionales los diagnósticos preoperatorios de la hipertrofia pilórica del adulto, mientras constituyen la regla los pacientes que son operados con el diagnóstico preoperatorio de estenosis pilórica, ulcerosa o neoplásica. Sin embargo, el mejor conocimiento de las características clínicas y radiológicas de esta entidad proporcionalmente aumenta las posibilidades de hacer un diagnóstico preoperatorio.

El tratamiento preoperatorio irá dirigido a resolver las alteraciones locales y generales de la estenosis pilórica y su magnitud dependerá del grado de dichas alteraciones. El ayuno, los lavados gástricos y la reposición por vía parenteral de las

necesidades hidroelectrolíticas y proteínicas permitirán lograr estos objetivos en el plazo más breve.

Para la corrección de la estenosis pilórica del adulto se han empleado las siguientes técnicas quirúrgicas:¹

1. Dilatación simple del píloro.
2. Píloremiotomía extramucosa.
3. Píloroplastia.
1. Gastroyeyunostomía.
5. Pílorectomía.
6. Gastrectomía parcial distal con gastroduodenostomía o gastroyeyunostomía.

La dilatación digital del píloro fue comunicada por *Morlen* en 1930, pero sus deficientes resultados y la imposibilidad de hacer una adecuada exploración del píloro contraindican su empleo.

La píloremiotomía extramucosa, según la técnica de Fredet-Ramsted empleada en la hipertrofia pilórica congénita del niño, tampoco ha dado resultados satisfactorios, pues se ha señalado la formación posoperatoria de divertículos y de estenosis cicatrizales y además no permite una completa exploración del píloro. La gastroyeyunostomía une a esta desventaja la posibilidad de una úlcera de la neoboca, por lo que también está contraindicada.

En el momento actual las únicas recomendaciones son la píloroplastia y la exéresis del píloro, bien aisladamente (pílorectomía) o como parte de una gastrectomía parcial distal, ya que ambas permiten resolver el obstáculo pilórico en forma satisfactoria y realizar exploración correcta de la lesión, que incluya todas las capas hasta la mucosa, tanto macroscópica como microscópicamente por congelación.

Cuando se hace una pílorectomía, el restablecimiento de la continuidad digestiva se realiza mediante una gastroduodenostomía, método que es también el más reco-

mendable cuando se efectúa una gastrectomía parcial distal. por esta patología, aunque en este último caso es igualmente permisible la práctica de una gastroyeyunostomía.

De acuerdo con Guerrero¹ Hiebert y Farris, la conducta más recomendable es la piloroplastia, y debe utilizarse la resección para aquellos pacientes en quienes coexista una patología asociada que la justifique. o cuando no se pueda eliminar totalmente la posibilidad de una neoplasia maligna.

Una vez realizada la laparotomía se comprobará la lesión pilórica, caracterizada por el engrasamiento generalmente fusiforme y simétrico del píloro con la serosa normal y se realizará una exploración completa de las vísceras intrabdominales para descartar otras patologías asociadas, especialmente hernia hiatal. úlcera péptica y litiasis biliar, cuya coincidencia con la hipertrofia pilórica del adulto ha sido señalada con frecuencia.

La piloroplastia debe comenzar por la incisión del estómago, a fin de comprobar digitalmente la estenosis. Acto seguido se prolongará a través del píloro hipertrofiado hasta el duodeno, alcanzando una longitud total de 6 a 8 cm. Esta incisión permitirá tomar un adecuado fragmento, que incluya todas las capas del píloro, para realizar el estudio microscópico por congelación y llevar a cabo una exhaustiva exploración de la mucosa gastroduodenal para excluir la gastritis, la úlcera péptica y el carcinoma.

La sutura se hará por la técnica de Hcinecke-Mickuliaz o de Finney.⁵

Nosotros hemos empleado la primera y consideramos de gran utilidad la sutura en un solo plano con puntos de Gambee. Para facilitar la sutura sin tensión debe hacerse una maniobra de Kocher y en los casos en que el grosor de la capa sea excesivo, podrá realizarse la maniobra descrita por Brazda, que consiste en reseca una cuña de dicha capa para disminuir su espesor.⁵

En el posoperatorio se suministrarán las necesidades calóricas e hidroelectrolíticas por vía

parenteral hasta que puede instituirse la dieta por vía bucal, lo cual se realizará tan pronto como se establezca el tránsito gastrointestinal.

Casuística

Caso No. 1. J.E.R.L). Historia Clínica 208136. del sexo masculino, de 37 años de edad, de la raza mestiza.

Motivo de Ingreso: Epigastralgia. Historia de la enfermedad actual: en 1962 se le presentó epigastralgia de moderada intensidad, sin irradiación que se exacerba con la ingestión de alimentos y alivia con antiespasmódicos.

Niega náuseas, vómitos y otros síntomas acompañantes:

Año 1964, reaparecen los síntomas con náuseas, no se alivian con los tratamientos habituales. Se mantiene con esta sintomatología hasta tres meses antes de su ingreso, que es cuando hace

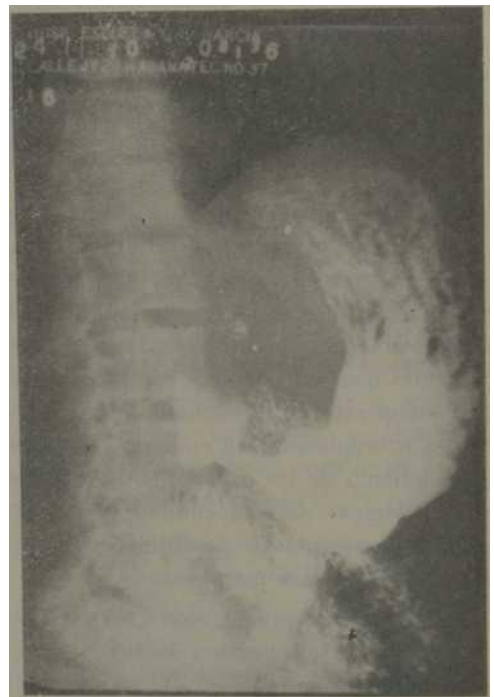


Fig. 2.—Caso No. 1: Estrechamiento tubular del antro. Posible neoplasia (26-XI-70. C. Externa).

crisis, por lo que «le realiza Rayos X y duodeno el 26-1-70, diagnosticándosele estrechamiento tubular del antro. Posible neoplasia (Fig. 2). Se r. contienda acecho y fluoroscopia que se le realiza el 11-12-70 y se mantiene el mismo infirmo. Se realiza gastroscopia el 29-1-70 señalando: (aral pilórico estrechado que no se distiende con el aire y no permiten progresar con el gctroscopio. Mucosa gástrica visualizada sin alteraciones. Conclusiones: estrechamiento del canal pilórico.

Ingresa en nuestro servicio el 18-2-71, con el diagnóstico presuntivo de neoplasia gástrica.

Datos positivos de la historia: Hábitos tóxicos: café 2 4 tazas diarias, cigarro, 1 cajetilla diaria. Niega vómitos y sangramiento digestivo.

Examen físico: Mucosas, normocoloreadas. Panículo adiposo, conservado. Dolor a la palpación profunda en epigastrio. No tumoración. Exámenes complementarios: gastroquimograma, buena evacuación, hiperclorhidria grado II.

Exámenes de laboratorio clínico: sin alteraciones.

Rayos X: del 25-2-71 (ingresado): marcado estrechamiento con irregularidad y rigidez del antro de aspecto neoplásico (Fig. 3).



Fig. 3.—Caso No. 1: Marcado estrechamiento y rigidez del antro, de aspecto neoplásico (25-11-71 -Ingresado).

Laparoscopia: (24-2-71): Hígado y vesícula, normales. Estómago: se observa marcada vascularización en curvatura mayor y antro. Se señala a nivel de curvatura menor de antro formación prominente, redondeada algo irregular y notablemente vascularizada de unos 3 cm de diámetro aproximadamente. Conclusiones: compatible con neoformación gástrica.

Resumen de discusión del caso: se plantea:

1. neoplasia de región piloro antral. 2. estenosis por úlcera péptica.

A pesar de las evidencias radiológicas y laparoscópicas se señala en la discusión algunos aspectos que restan valor al diagnóstico de malignidad como son: 1. buen estado general. 2. no anemia. 3. eritro normal. 4. tiempo de evolución. 5. edad del paciente. 6. hiperclorhidria. Se decide tratamiento quirúrgico ante la imposibilidad de descartar clínicamente proceso maligno.

Se opera el 3-3-71, encontrándose notable hipertrofia de zona piloroantral. Por biopsia por congelación nos informamos de hipertrofia fibromuscular. Se realiza piloroplastia por la técnica de H. Miculiez.

Diagnóstico histológico definitivo: hipertrofia fibromuscular del píloro (Fig. 4).

El posoperatorio transcurre sin complicaciones y es dado de alta asintomático. A las tres semanas es visto en consulta externa refiriendo sentirse bien, no es posible realizarle placa evolutiva por problemas de tipo personal.

Caso No. 2. M.V.L. de 69 años de edad, del sexo masculino. Historia Clínica 215820, de la raza negra.

Motivo de ingreso: epigastralgia y vómitos.

Historia de la enfermedad actual: paciente con historia de salud anterior, que hace 6 días presenta epigastralgia y dolor en región peri-umbilical a tipo cólico, de moderada a gran intensidad, sin irradiación, con vómitos blanquecinos, abundantes en cantidad y escasos en número. Es visto por un facultativo quien le pone tratamiento, pero no mejora, por lo que acude al cuerpo de guardia, donde constatan abdomen distendido, asimétrico a expensas de hemiabdomen izquierdo, decidiéndose su ingreso con el diagnóstico de síndrome oclusivo. En los antecedentes patológicos personales encontramos hipertensión arterial. Hábitos tóxicos: 1 tacita diaria de café, 1 cajetilla diaria de cigarro.

Interrogatorio por aparatos: sin importancia.

Examen físico: Mucosas normocoloreadas. Bien hidratadas. Abdomen distendido asimétricamente



Fig. 4.—Caso No. 1. Hipertrofia de fibras musculares. Fibrosis de la submucosa.

a expensas de hemiabdomen izquierdo, timpánico, con ruidos hidroaéreos presentes y no doloroso a la palpación.

Presenta una hernia inguinoescrotal derecha y otra umbilical, ambas reductibles.

Se realiza abdomen simple de urgencia, informando aumento de la densidad en hipocondrio y flanco izquierdo, así como en epigastrio, con gran nivel hidroaéreo por distensión gástrica. Asas intestinales desplazadas hacia abajo. Se aspiran 2 000 cc de líquido por el leving y se administra biligrafina opacificándose el estómago, el que está inmensamente dilatado sin pasar contraste al duodeno. Conclusiones: síndrome pilórico, sin poder precisar etiología (Fig. 5) y (Fig. 6).

Discusión Diagnóstica: Se plantea síndrome pilórico por ulcus duodenal y descartan la posibilidad neoplásica por la evolución tan rápida. Plantean además hernia umbilical e inguinoescrotal derecha.

Se decide tratamiento clásico, o sea. suspender la vía bucal aspiraciones y lavados gástricos, mantenimiento del equilibrio hidromineral.

Se mantienen estas medidas durante 4 días, de esta forma cede el cuadro de dolor y vómitos y se inicia la dieta láctea. Se realiza nuevamente



Fig. 5.—Caso No. 2: Abdomen simple: aumento de densidad en hipocondrio, flanco izquierdo y epigastrio. Gran nivel hidroaéreo por distensión gástrica. Asas intestinales desplazadas hacia abajo.

El paciente sale de alta el día 8-4-71.



Fig. 6.— Después del abdomen simple se aspiran 2 000 cc de líquido por el Levin y se administra biligraina, permitiendo visualizar el estómago muy dilatado y como contraste no pasa al duodeno. Conclusión síndrome pilórico. Sin precisar etiología.

estudio radiológico el 16-3-71 (Fig. 7), persiste el síndrome pilórico y no se obtiene buena opacificación del antro ni del duodeno. Resultado del gastroquimograma del 19-3-71: buena evacuación, hiperclorhidria grado I.

El paciente continúa asintomático y se le instituye dieta blanda, se anuncia la operación para el día 26.

En el acto quirúrgico se comprueba marcada dilatación del estómago y engrasamiento de todo el píloro. No se encuentra lesión ulcerosa.

La biopsia por congelación informa, no células malignas. Se realiza pilorosplastia por la técnica de Weimberg.

El estudio radiológico evolutivo de los 7 días de operado informa estrechamiento de región piloroantral y primera porción del duodeno.

El contraste pasa bien al duodeno (Fig. 8).

El diagnóstico histológico definitivo es: hipertrofia ligera de las fibras musculares lisas (Fig. 9).



Fig. 7.— Caso No. 2: Estudio evolutivo a los 4 días. Persiste el síndrome pilórico.



Fig. 8.—Caso No. 2: Estudio radiológico evolutivo a los 7 días de operado. Persiste el estrechamiento de región piloroantral y primera porción del duodeno. Obsérvese como el contraste pasa a intestino.



Fig. 9. (Caso A o. 2. Estudio microscópico donde se observa la hipertrofia de las fibras musculares lisas del píloro.

SUMMARY

Jiménez G. et al. *Primary pyloric hypertrophy in the adult. A review of twelve cases.* Rev Culi Med 13: 5. 1974.

Pylorus hypertrophy in the adult is reviewed, and its higher incidence in men from 35 to 60 years old is pointed out. The different theories of its etiology, as well as the different radiological manifestations, are indicated. Emphasis is made on the difficulty for its differential diagnosis with respect to other malignant stenotic lesions. Two cases are reported: a 37 year-old patient with an insidious evolution, and a 69-year-old patient with an acute pyloric syndrome. Currently, pyloroplasty and pylorus resection are recommended as surgical techniques. Pyloroplasty is considered as the most effective technique, and resection should be used in those patients in which a coexistent associated pathology justifies it, or when the possibility of a malignant neoplasia cannot be completely eliminated.

RESUME

Jiménez G. et al. *Hypertrophie du pilore chez l'adulte. A propos de deux cas.* Rev Culi Med 13-3. 1974.

L'incidence de cette maladie chez les sujets âgés entre 35 et 60 ans est plus grande. Les différentes théories sur son étiologie et les manifestations radiologiques sont rapportées. Il est difficile d'établir le diagnostic différentiel entre autres lésions sténosantes malignes. A propos de deux cas, un, âgé de 37 ans représentant une évolution insidieuse, et un autre, âgé de 69 ans à évolution aiguë d'un syndrome pylorique. Actuellement, les techniques chirurgicales sont les plus recommandées: pyloroplastie et excision du pilore. La pyloroplastie la plus efficace, non ainsi l'excision, devant être utilisée chez les sujets à une pathologie associée, ou lorsqu'on ne puisse pas éliminer totalement la possibilité d'une néoplasie maligne.

?~!32a pa3JinMHue Teopra o 3Tnojioriú 3a<5ojieBaHHfl O pasjiiraiHX pajmo- jiorEraecKHx flmieiuzflx. nojwpKiiBaeTc.H TpyjmotTB jiHiixJjepeHiiJiajiBHoro mu- arH03a no OTHOiiieHHio k jpyprnu 3JiOKa'iecTBenHiir.i CTeHosiipyiamiM 3a<5ojie- BaHMM. npHBOBHTCH cootúmeiua o rayx óojibhhx: OfIHOUy 37 jkt h CTpa- JaeT BepOJiomHofl \$OpMÓfl pa3BETHH; J[pyTONty 69 JieT H OCTpOe npOHBjieHHe CKHjipoMa npHBpaTHHKa. B HacTOHueM peKOMeHJayDTCH xjpyprn-iscKne MeTo- ih: niáJiopon^acTKH h 3K3epes npHBpaTHHKa. CnjiTaeTCH nmiopoiuiacTHH HaHOJiee aippeKTiBHoa, b to bpsmh KaK pe3eKUH» cJiejiyeT orpaHm^Tt Cojibhhmh, y KOTopux ripncyTCTByeT conyTCTByEinaH naTOJioriifl, onpaBjm-BasmaH ee, xe Korjia HeB03Mosflo iiiojhocti>k) npejioTBpaTHTL B03M0X- hoctl sjioKa'jecTBeHHoñ Heonjia3ira.

<p>1. —Guerrero R. Estenosis por hipertrofia del piloro en el adulto. <i>Pren. Med. Argent.</i> 52: 1800-6, agosto 20, 1965.</p> <p>2. —Bockus. <i>Gastroenterologie</i>. Tomo I. Edición SALVAT, 2da. Edición, 1965.</p> <p>3. —Pons, A. P. <i>Patología y Clínica Médica</i>. Tomo I, SALVAT, 4ta. Edición, 1964.</p> <p>4. —Klaus et al. Hypertrophia Pyloric ST necrosis in adults. Survey of the literature and</p>	<p>reposit of a case of the localizad form. (Tome Hyperplasia), <i>Gastroenterologie</i>. 46: 525-646, mayo, 1964.</p> <p>5. —MiloKeynes W. Simple and complicated hypertrophie pyloric stenosis in the adult. <i>Gut</i>, 6: 240-52. Junio, 1965.</p> <p>6. —Harldns II. Y., LL. ¿1. <i>Nyhus</i>. Surgery of the stomach and duodenum. Ed. Little, Brown and Co. Boston, 1962.</p>
--	--