

XLIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica
I Congreso de la Asociación Iberoamericana de Cirugía Pediátrica



Libro de Resúmenes



Toledo 2004

26-29 mayo

COMITÉ ORGANIZADOR

Sociedad Española (SECP)

Presidente

Carlos García –Sala Viguier

Vicepresidente

Juan Vázquez Estévez

Secretario

Diego Vela Nieto

Tesorero

Santiago Sanjuán Rodríguez

Editor Revista Cirugía Pediátrica

Vicente Rollán Villamarin

Secretaría Científica

Roberto Méndez Gallart

Manuel Gómez Tellado

Vocales

María Isabel Benavent Gordo

Luis Díaz Gómez

Juan Carlos Ollero Fresno

Raquel Sánchez Martín

Elena de Tomas Palacios

Asociación Iberoamericana (AICP)

Presidente

Francisco Berchi García

Vicepresidente

Nuncio V. de Chiara

Secretario

José A. Antón Pacheco

Tesorero

Santiago Sanjuán Rodríguez

COMITÉ CIENTIFICO

Asteria Albert Cazalla
Froilán Hidalgo Acera
Alberto Pérez Martínez
Carmen Piró Biosca
Victor R. Andrade
Lucas De Mingo Misena
Fernando Mena Martins
Carlos Miguélez Lago (Urología)
Juan Antonio Navascués del Río (Trauma)

COMITÉ ESPECIALIDADES SECP

Jesús Broto Manges
Andrés Gómez Fraile

SECRETARIA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés SA. División Congresos, Convenciones e Incentivos
Pasaje Ventura Feliz 15, Entlo. 46007 Valencia
Tel. 963107189 – Fax. 963411046
e-mail: congresos.valencia@viajeseci.es

www.secp.org

Cartas de Presentación

Queridos amigos españoles e iberoamericanos:

Es un honor y un privilegio para la Junta directiva de la SECP, como Comité Organizador, daros la bienvenida a Toledo con motivo del *XLIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica y Iº IberoAmericano*.

La preparación de un congreso es siempre un trabajo arduo y no siempre bien recompensado, pero hemos tratado de corresponder a la confianza depositada en nosotros con un programa científico y social atractivos, con todo el esfuerzo y la ilusión de que hemos sido capaces, para que vuestra estancia en Toledo sea lo mas agradable posible.

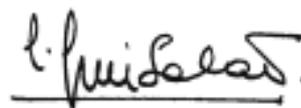
Así mismo os recordamos la obligatoriedad de entregar los trabajos, previo a vuestra la presentación, para su publicación en nuestra Revista.

Toledo es una ciudad cosmopolita en la que, desde siempre, se han entrecruzado numerosas culturas, lo que se refleja en sus tradiciones, sus monumentos, y en especial, su Catedral, sus sinagogas, sus patios....Pretendemos que la magia de esta ciudad os envuelva con su luz y con la belleza de sus monumentos y que por unos días hagáis vuestras sus costumbres y os dejéis seducir por ella.

Queremos que, en definitiva, paséis unos días inolvidables junto a nosotros, sin que por ello se descuide la finalidad científica del congreso. Hemos diseñado un programa científico que sea capaz de acoger todas y cada una de las tendencias actuales de la cirugía pediátrica, poniendo especial énfasis en que las sesiones se desarrollen de forma rigurosa y seria de forma que garanticen el nivel científico esperado y contribuyan al desarrollo de la especialidad en nuestro país.

Deseamos manifestar nuestro agradecimiento a las personalidades, instituciones y entidades que han mostrado su apoyo haciendo posible la realización de este XLIII Congreso de la SECP Y 1º Ibero Americano en la ciudad de Toledo.

Con afecto y saludos



*Dr. Carlos García-Sala Viguer
Presidente de la SECP
Valencia / Toledo (España)*

Queridos colegas y amigos:

En nombre de nuestra Asociación es un gran honor el invitarles a participar a nuestro próximo I Congreso Iberoamericano de Cirugía Pediátrica (antiguo Congreso Panamericano) que se celebrará en conjunto con el XLIII Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica española en la Ciudad monumental de Toledo (España), los días 26 al 29 de Mayo, 2004, así como a los Symposiums/Cursos Pre-Congreso, que se celebrarán en Madrid (Capital) el 24 y 25 de Mayo 2004 en el Salón de Actos del Hospital Materno Infantil 12 de Octubre, con los interesantes temas: ATRESIA ESOFÁGICA; ANOMALIAS ANORECTALES, CIRUGÍA CIBERNÉTICA/ERGONÓMICA Y CIRUGÍA DE LA VÍA AÉREA.

Éste será un importante punto de encuentro entre los Cirujanos Pediatras Españoles, Portugueses, el resto de los países de América así como colegas Centro Europeos u otros países.

Después de la Reunión celebrada en Manzanillo (México) en el año 2001 y a raíz de la Asamblea en Acapulco (México) en Septiembre de 2002, se optó por la fusión de la Asociación Panamericana con España y Portugal celebrándose una votación, donde fui elegido "Presidente" de la nueva "Asociación Iberoamericana" siendo elegida España y específicamente Toledo y Madrid como sede de dicho evento.

Toledo es una capital de provincia a 68 km de Madrid y en las orillas del río Tajo. Conquistada en el año 192 a.c. por los Romanos, más tarde (418 y 569) por los Godos; en el año 711 por los Árabes hasta que Alfonso VI de Castilla la reconquistó de nuevo.

Tanto Madrid como Toledo (ver pagina web: www.secp.org) constituyen los lugares ideales para intercambiar culturas, ciencia, amistad, en ambientes históricos, ricos en bellezas naturales, atractivos turísticos, gastronómicos y folclóricos, añadido a la gran y tradicional hospitalidad Española.

Éste evento reúne a personalidades científicas de gran prestigio internacional en cada una de las áreas de nuestra especialidad, con un amplio y variado programa científico que incluye los Symposium/Pre-Congreso, mesas redondas, talleres y comunicaciones libres.

Contamos con un programa social para congresistas y acompañantes así como actividades culturales y deportivas que nos permitirán disfrutar de unos días inolvidables.

Esperamos que nos puedas acompañar en Mayo 2004.

Un afectuoso y sincero saludo



*Prof. Francisco J. Berchi
Presidente de la A.I.A.C.P.
Madrid / Toledo (España)*

Acreditación docente



Le NOTIFICO que la actividad docente de Formación Continuada:

Nº de expediente	04-92
Denominación	XLIII CONGRESO NACIONAL Y 1º PANAMERICANO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Sede	Toledo
Fecha de inicio	26/05/2004
Fecha de finalización	29/05/2004

Tras completar el proceso de evaluación, fue informada **favorablemente** por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

En atención a este dictamen, la Ilma. Sra. Directora de la Agencia Lain Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios, emitió la Resolución de fecha 26/03/2004 que **ACREDITA** la actividad docente anteriormente citada con:

0,8-Créditos

Para la certificación personalizada a los asistentes a los diferentes eventos de carácter científico de la reunión, deberán tener en cuenta el siguiente baremo de todas las sesiones acreditadas:

ACTIVIDADES ACREDITADAS	CRÉDITOS
Día 27 de Mayo de 2004	
MESA REDONDA DE UROLOGÍA SOBRE: "HIPOSPADIAS"	0,2
MESA REDONDA: CIRUGÍA SOBRE "ESTADO ACTUAL EN LOS TRASPLANTES PEDIÁTRICOS"	0,2
Día 28 de Mayo de 2004	
MESA REDONDA: MALFORMACIONES OROFACIALES	0,2
Día 29 de Mayo de 2004	
MESA REDONDA: CIRUGÍA PEERINATAL	0,2

Ningún asistente a la reunión podrá superar el total de **0,8 Créditos** en su certificación personal.

Queda entendido que todas las actividades arriba relacionadas, tienen control de asistencia personalizado, tanto al inicio como al final de su desarrollo.

La validez de la citada resolución de acreditación queda condicionada al cumplimiento de los siguientes requisitos:



REGISTRO DE SALIDA
Ref:07/073849.9/04 Fecha:19/04/2004 08:38



Agencia Lain Entralgo
Registro Agencia Lain Entralgo
Destino: Carlos Garcia-sala Viquer



1º) Cumplimiento estricto, por parte de la entidad proveedora, de los datos sobre la actividad que figuran en la solicitud de acreditación y que han servido para otorgar ésta y de los requerimientos de documentación que, en su caso y para comprobar dichos datos, le haga la Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

2º) Los proveedores solicitantes de la actividad solo podrán utilizar el logotipo de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid en el certificado de asistencia de los alumnos y en la publicidad del curso ya acreditado y no junto a otros cursos no acreditados que realice la misma entidad. Asimismo deberá incluir el texto "Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid", con el número de expediente y el número de créditos otorgados en los certificados de asistencia/aprovechamiento de los participantes. No se puede hacer uso de ningún otro logotipo de la Consejería de Sanidad ni de la Agencia Laín Entralgo.

3º) Cumplimiento de los requisitos legalmente vigentes que fuesen de aplicación en su caso.

No se puede hacer ninguna otra referencia a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, salvo las mencionadas. Le recuerdo también la plena responsabilidad de su Institución en el cumplimiento estricto de las condiciones expresadas en su solicitud, y en base a las cuales se ha otorgado la presente acreditación.

Contra la citada Resolución podrá anteponerse recurso de reposición, en el plazo de un mes, ante el mismo órgano que dictó el acto; o bien, directamente recurso contencioso-administrativo ante el órgano judicial de este orden competente.

En Madrid, a 05 de abril de 2004
Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comisión de Formación Continuada
Fdo: Dra. Montserrat Gastejón Casado
Secretaría Técnica de la Comisión

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
D. Carlos García-Sala Viguer
C/Villanueva, 11
28001 MADRID



UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

EUROPÄISCHE VEREINIGUNG DER FACHÄRZTE
UNIONE EUROPEA DEI MEDICI SPECIALISTI
EUROPESE SPECIALISTEN VERENIGING
EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS
UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
EUROOPAN ERIKOISLÄÄKÄRIIITTO

DEN EUROPAEISKE FORENING AF SPECIALLÆGER
ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ
UNION EUROPEA DE MEDICOS ESPECIALISTAS
UNIÃO EUROPEIA DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS
DEN EUROPEISKE FORENING FOR LEGESPECIALISTER
EUROPEISKA SPECIALISTLÄKARORGANISATIONEN

LE SECRETAIRE GENERAL

Brussels, 10th March 2004

Avenue de la Couronne, 20
1050 BRUXELLES

Tel. 32-2-649.51.64
Fax 32-2-640.37.30

E-mail: uems@skynet.be

UEMS/N2004/152

EACCME **European Accreditation Council** **for Continuing Medical Education** **Institution of the UEMS**

To CME activity Director/Provider:
Spanish Paediatric Surgery Society
Dr D. Carlos Garcia-Sala, President
Hospital Universitario la Fe
Departamento de Cirugia Pediatrica
Avd. Campanar 21
E – 46009 Valencia

Reference:

43rd National Paediatric Surgery Congress and Iberoamericano
26 – 29 May 2004, Toledo
language: Spanish

Accreditation Institution:

The Continuing Medical Education (CME) activity identified above has received accreditation from the:

Spanish Accreditation Council for CME (SACCME)

Villanueva 11
E – 28001 Madrid

European Accreditation

Following accreditation by this national authority, European Accreditation has been granted to the CME activity identified above. European Accreditation is granted by the EACCME in order to allow participants to validate the credits obtained at this activity in their home European Country.

Website: www.uems.be

Accreditation Statement

Accreditation by the EACCME confers the right to place the following statements in printed materials including the event programme and the certificate of participation for the CME activity. The following statements must be used without revision:

"The < name of institution > (or) < title of the CME activity > is accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) to provide the following CME activity for medical specialists. The EACCME is an institution of the European Union of Medical Specialists (UEMS), www.uems.be."

"The < title of the CME activity > is designated for a maximum of (or "for up to") < number of hours > hours of European external CME credits. Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity."

"EACCME credits are recognized by the American Medical Association towards the Physician's Recognition Award (PRA). To convert EACCME credit to AMA PRA category 1 credit, contact the AMA."

Number of hours

Following SACCME's accreditation, the congress has been awarded 15 European CME hours of credit.

Quality Control

By accepting the European Accreditation by the EACCME the provider accepts the quality requirements for CME activities as agreed upon by the EACCME participating CME authorities. The quality requirements can be found on the UEMS website, page EACCME, Document D 9908.

Yours sincerely,



Dr B. Maillet



UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

EUROPÄISCHE VEREINIGUNG DER FACHÄRZTE
UNIONE EUROPEA DEI MEDICI SPECIALISTI
EUROPESE SPECIALISTEN VERENIGING
EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS
UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
EUROOPAN ERIKOISLÄÄKÄRILIITTO

DEN EUROPÆISKE FORENING AF SPECIALLÆGER
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΠΙΑΤΡΩΝ
UNION EUROPEA DE MEDICOS ESPECIALISTAS
UNIÃO EUROPEIA DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS
DEN EUROPEISKE FORENING FOR LEGESPECIALISTER
EUROPEISKA SPECIALISTLÄKARORGANISATIONEN

SECRETARIAT-SIEGE

Avenue de la Couronne 20
1050 BRUXELLES

Tél. 02 – 649.51.64
Fax 02 – 640.37.30

E-mail: uems@skynet.be

Brussels, 10th March 2004

Dr D. Carlos Garcia-Sala
Hospital Universitario la Fe
Departamento de Cirugia Pediatrica
Avd. Campanar 21
E – 46009 Valencia

Invoice EACCME/2004/77 (PLEASE QUOTE THIS REFERENCE WHEN MAKING YOUR PAYMENT)

Reference: 43rd National Paediatric Surgery Congress and Iberoamericano,
26-29 May 2004, Toledo

Registration cost for European accreditation

EUR 200

Please pay this amount into

UEMS account n°: 000-1328338-20
Name of the bank: POSTCHEQUE
Address: 1100 Brussels
Belgium
IBAN code: BE 28 0001 3283 3820
SWIFT code: BPOTBEB1

Thank you in anticipation.

Website: www.uems.be



UNION EUROPÉENNE DES

EUROPÄISCHE VEREINIGUNG DER FACHÄRZTE
UNIONE EUROPEA DEI MEDICI SPECIALISTI EURO
PESE SPECIALISTEN VERENIGING EUROPEAN
UNION OF MEDICAL SPECIALISTS UNION EUROPEENNE
DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROOPAN ERIKOIS
LÄÄKÄRIYHTÖ

Secretariat - Siège: B-1050-BRUSSELS
Avenue de la Couronne, 20
e-mail: uems@skynet.be

MÉDECINS SPÉCIALISTES

DEN EUROPAEISKE FORENING AF SPECIALLÆGER EY
QILAQKH ENQZH EBAIKYEMENQZIN IATPQZ UNH
EUROPEA DE MEDICOS ESPECIALISTAS UNH
EUROPEIA DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS D
EUROPEISKI FORNING FOR LIGESPECIALISTER EUROPEISI
SPECIALISTLÄKARORGANISATIONEN

Tél: +32-2-649.5164
Fax: +32-2-640-3730
<http://www.uems.be>

Brussels, 10 th March 2004

ACREDITACIÓN EUROPEA PARA LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA

El XLIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica y I^{ra} Ibero Americano están acreditado por el Comité de Acreditación Europea para la Formación Médica Continua (EACCME) para proporcionar formación a médicos especialistas. El EACCME es una institución de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), www.uems.be."

"El XLIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica y I^o Ibero Americano están designados para proporcionar hasta un máximo de 15 créditos europeos de formación externa. Cada médico especialista debe declarar solo aquellas créditos /horas que é /ella haya dedicado realmente a la actividad formativa ."

"Los créditos del EACCME están reconocidos por la American Medical Association. "

Dr. B. Maillet

Programa Definitivo

Miércoles 26 de mayo de 2004

Hora	Programa
10:00	Torneo de golf en el Campo de Layos
17:00 - 18:00	Curso Precongreso: "Quirófano Inteligente" Patrocinado por Störz Dr. Salvador Pascual y D. David Campo
18:00 - 18:30	Conferencia: Camino de Santiago Vía Marítima Dr. Blas Agra Cadarso
18:30 - 20:00	Reuniones de Comisiones y Grupos AITP, Grupo Urológico y Asamblea AICP
20:30	Traslado desde el Hotel Beatriz al Acto Inaugural en el Convento de San Pedro Mártir
21:00	Acto inaugural: Convento de San Pedro Mártir

Miércoles 26 de mayo de 2004

Hora	Programa
10:00	Torneo de golf en el Campo de Layos
17:00 - 18:00	Curso Precongreso: "Quirófano Inteligente" Patrocinado por Störz Dr. Salvador Pascual y D. David Campo
18:00 - 18:30	Conferencia: Camino de Santiago Vía Marítima Dr. Blas Agra Cadarso
18:30 - 20:00	Reuniones de Comisiones y Grupos AITP, Grupo Urológico y Asamblea AICP
20:30	Traslado desde el Hotel Beatriz al Acto Inaugural en el Convento de San Pedro Mártir
21:00	Acto inaugural: Convento de San Pedro Mártir

Miércoles 26 de mayo de 2004

Hora	Programa
10:00	Torneo de golf en el Campo de Layos
17:00 - 18:00	Curso Precongreso: "Quirófano Inteligente" Patrocinado por Störz Dr. Salvador Pascual y D. David Campo
18:00 - 18:30	Conferencia: Camino de Santiago Vía Marítima Dr. Blas Agra Cadarso
18:30 - 20:00	Reuniones de Comisiones y Grupos AITP, Grupo Urológico y Asamblea AICP
20:30	Traslado desde el Hotel Beatriz al Acto Inaugural en el Convento de San Pedro Mártir
21:00	Acto inaugural: Convento de San Pedro Mártir



Jueves 27 de Mayo de 2004

Hora	Programa
08:45	Inauguración Oficial
09:00-11:30	<p align="center">SESION CIENTIFICA I (Tema General) Moderadores: Dr. José Carlos Simões, Dr. Jaume Mulet Ferragut, Dr. Hugo Staines</p>
09:00	<p align="center">Manejo quirúrgico de la estenosis subglótica. (O5´) García-Casillas MA, Matute JA, Cañizo A, Vázquez J. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid</p>
09:12	<p align="center">Enfermedad respiratoria en los niños con onfalocele gigante. (O5´) Luis AL, Encinas JL, Hernández F, Andrés A M, Avila LF, Murcia J, Lassaletta L, Tovar JA. Hospital Universitario La Paz. Madrid</p>
09:24	<p align="center">Quiste Epitelial Gigante de Bazo: Esplenectomía Selectiva. (V) Gómez MA, Antón L, Cortón D, Barrientos G, Soriano D, Rihuete MA, Tracchia R. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife</p>
09:36	<p align="center">Alteraciones histoquímicas del músculo cremáster en determinadas patologías del canal inguinal. (O3´) Paredes RM, Cueva C, Velasco B, González M, Lorite A, Rodríguez J, García M. Hospital Universitario Ciudad de Jaén. Jaén</p>
09:44	<p align="center">Influencia del diagnóstico de cardiopatía sobre la estrategia quirúrgica y el pronóstico en la atresia de esófago. (O3´) Encinas JL, Hernández F, Luis A, Martínez L, Avila LF, Andrés AM, Tovar JA. Hospital Universitario La Paz. Madrid</p>
09:52	<p align="center">Enfermedad de Crohn en la edad pediátrica. (O3´) Ilari J, Blanco JA, Castellví A, Isnard RM, Guerrero Y, Piñol, Pintos G. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona</p>
10:00	<p align="center">Onfalocele gigante: reconstrucción mediante expansión. (P) Marín M, Sánchez A, Enríquez de Salamanca J, González-Meli B, Berenguer B, Rodríguez P, Ollero JM. Hospital Niño Jesús. Madrid</p>
10:03	<p align="center">Laceración traqueal secundaria a traumatismo cervical cerrado. (P) Cabezalí D, Antón-Pacheco J, Cano I, García A, López M, Cuadros J, Benavent MI. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid</p>
10:06	<p align="center">Apendicostomía continente para enema anterógrado. Técnica de Malone laparoscópica. (V) Pérez A, Martínez MA, Conde J, Bento L. Hospital Virgen del Camino. Pamplona</p>
10:18	<p align="center">Tratamiento de las complicaciones intravasculares de los catéteres de larga duración. (O3´) Sánchez-París O; De Agustín, JC; Greco y Martínez R; Sanz N, Zunzunegui JI. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Hospital San Rafael. Madrid</p>

	Tema Trasplantes, moderadores: Dr. Filomeno Paulo Gomes, Dra Claudia Marhuenda Irastorza, Dr. Fernando Mena
10:30	Resultados en el tratamiento de la hipertensión portal presinusoidal en el niño. (O5') Leal N, López Santamaría M, Hernandez F, Murcia J, Gámez M, Frauca E, Jara P, Tovar JA. Hospital Universitario La Paz. Madrid
10:42	Uso de la angiorresonancia magnética tridimensional con gadolinio en la elección de la técnica quirúrgica en niños con hipertensión portal presinusoidal por cavernomatosis. (O5') Leal N, López Santamaría M, Hernández F, Murcia J, Gámez M, Fernández-Cuadrado J, Rodríguez -Vigil B, Frauca E, Jara P, Tovar JA. Hospital Universitario La Paz. Madrid
10:54	Trasplante hepático pediátrico con técnica de split ex-vivo. (V) Bueno J, Gómez M, Aguirrezabalaga J, Corbal G, Selles C, Fraguera J, Pais E, Liras J, Buitrón J. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña
11:06	Nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento del quiste de colédoco. (O5') Ayuso L, Hernández E, Vila-Carbó JJ. Hospital Universitario La Fe. Valencia
11:18	Utilidad del glut-1 en el conocimiento del comportamiento de los tumores vasculares hepáticos. (O3') Encinas JL, Hernández F, López Gutiérrez JC, Navarro M, Avila LF, Andrés AM, Tovar JA. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid
11:26	Doble trasplante renal. Estrategia para el donante pediátrico menor de 3 años. (O3') Ávila LF, Martínez-Urrutia MJ, García-Meseguer C, López-Pereira P, Lobato R, Jaureguizar E. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid
11:34	Trasplante renal en niños con trombosis previa de la vena cava inferior. (O3') Ávila LF, Martínez-Urrutia MJ, García-Meseguer C, López-Pereira P, Lobato R, Jaureguizar E. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid
11:45 - 12:15	Sesión posters - café - videos
12:15 - 13:45	MESA REDONDA: "Estado actual de los trasplantes en niños" Moderador: Dr. JJ. Vila-Carbó (Valencia) Ponentes: Dra. C. Marhuenda (Barcelona) Dr. JC. de Agustín (Madrid) Dr. M. López-Santamaría (Madrid) Dr. J. Murcia (Madrid) Dr. J. Bueno (A Coruña) Dr. I. Zamora (Valencia)
14:00 - 16:00	Comida de trabajo
16:00-17:30	MESA REDONDA: "Hipospadias" Moderador: Dr. C. Miguélez Lago Ponentes: Dr. R. Gosálbez (Miami, US) Dr. O. Maderna (Málaga) Dr. D. Vela (A Coruña)
17:30-18:00	Sesión posters - café - videos

18:00-21:00	SESION CIENTIFICA II
	Tema Urología: moderadores Dr. J. Castejon Casado, Dr. Alvarez Zapico, Dr. Nuncio de Chiara
18:00	<p style="text-align: center;">¿Puede predecirse urodinamicamente el comportamiento vesical tras la colocación de un esfínter urinario artificial?</p> <p>(O5') Somoza I, Ávila LF, López-Pereira P, Martínez-Urrutia MJ, Lobato R, Jaureguizar E. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid</p>
18:12	<p style="text-align: center;">Abordaje Laparoscopico extravesical en el reflujo vesico-ureteral. Reporte preliminar.</p> <p>(V) Riquelme M, Rodríguez C, Lozano F. Hospital San José de Monterrey. México</p>
18:24	<p style="text-align: center;">Evolución del reflujo vesicoureteral primario en 378 pacientes.</p> <p>(O5') Martínez-Urrutia MJ, Ávila LF, Espinosa I, López-Pereira P, Lobato R, Jaureguizar E. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid</p>
18:36	<p style="text-align: center;">Heminefrectomia por radiofrecuencia con suero salino.</p> <p>(V) González J, Fernández MS, Pisón J, Martínez A. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete</p>
18:48	<p style="text-align: center;">Determinación de función renal y cambios compensadores en niños con riñón único.</p> <p>(O5') Nieto B, Martín-Aguado M, Verdú J, Canals A, Martín ME, Garramone N. Hospital General Universitario de Alicante. Hospital Clínico Universitario San Juan. Alicante</p>
19:00	<p style="text-align: center;">Tratamiento endoscópico de los ureteroceles en edad pediátrica: ¿efectivo a largo plazo?</p> <p>(O5') García-Saavedra S, Peláez D, Álvarez-Zapico JA. Hospital Central de Asturias. Oviedo</p>
19:12	<p style="text-align: center;">Vaginoplastia con sigma: A propósito de 5 casos.</p> <p>(O5') Asensio M, Piró C, Martín J, Ormaechea E, Giné C, Chicaizza E. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona</p>
19:24	<p style="text-align: center;">Función renal supranormal en la estenosis pieloureteral congénita.</p> <p>(O3') Romero RM, Duran C, Alonso JC, Arrojo F. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid</p>
19:32	<p style="text-align: center;">Litiasis Coraliforme Bilateral: Tratamiento mediante Litotricia Extracorpórea con Ondas de Choque.</p> <p>(P) Somoza I, Novás S, Liras J, Sánchez-Abuín A, Méndez R, Tellado MG, Ríos J, Pais E, Vela D. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña</p>
	Tema General: moderadores Dr. Leopoldo Torres, Dr. J.M. Morán Penco
19:35	<p style="text-align: center;">Matricectomía química con fenol como tratamiento de la onicocriptosis en edad pediátrica.</p> <p>(V) Sánchez-Abuín A, Somoza I, Liras J, Méndez R, Tellado MG, Pais E, Vela D. Complejo hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña</p>
19:47	<p style="text-align: center;">Tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung mediante descenso endorrectal con abordaje transanal. Experiencia en 10 casos.</p> <p>(O3') Montalvo JA, Ibáñez V, Sancho-Miñana J, Mulet JF, Sancho V. Hospital General de Castellón, Clínica Casa de Salud, Hospital de Son Dureta y Hospital 9 de Octubre.</p>
19:55	<p style="text-align: center;">Fundus gástrico tubulizado en el tratamiento de las atresias de esófago.</p>

	(O3´) Uroz J, Beltrá R, Hernández C, Santana R. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria
20:03	Tratamiento toracoscópico del empiema pleural. (O3´) López M, Antón-Pacheco J, García A, Cano I, Cabezalí D, Benavent MI. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
20:11	Ecografía anorrectal: aplicación en la valoración de los resultados quirúrgicos de las anomalías anorrectales. Estudio preliminar. (O5´) López-Alonso M, De la Portilla F, Hernandez-Orgaz A. Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío y Hospital Juan Ramón Jiménez. Sevilla
20:23	Tratamiento quirúrgico de la fístula tiroidea piriforme. (V) Gutierrez C, Roca A, Esteban MJ, García-Khun R, Hernández E, Ayuso L. Hospital Materno Infantil La Fe. Valencia
20:35	Cirugía mínimamente invasiva en el intersexo: nuestra experiencia. (O3´) Recamán M, Bonet B, Enes C, Cidade Rodrigues J. Hospital Maria Pía. Oporto. Portugal.
20:43	Quieste de colédoco. Revisión de 47 casos. (O3´) Astudillo P, Ugazzi M, Vargas P, Zambrano E. Hospital de Niños Baca Ortiz - Hospital Metropolitano Quito - Ecuador
21:30	Visita Turística Toledo nocturno (libre)



Viernes 28 de mayo de 2004

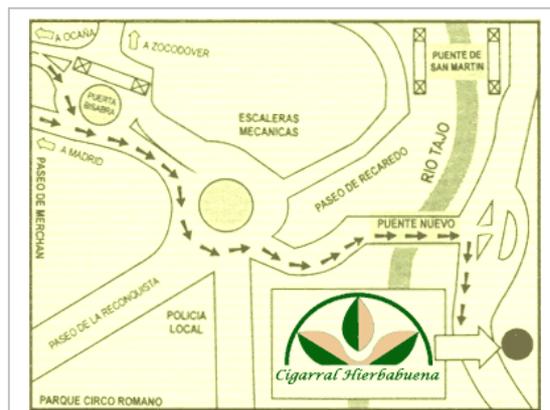
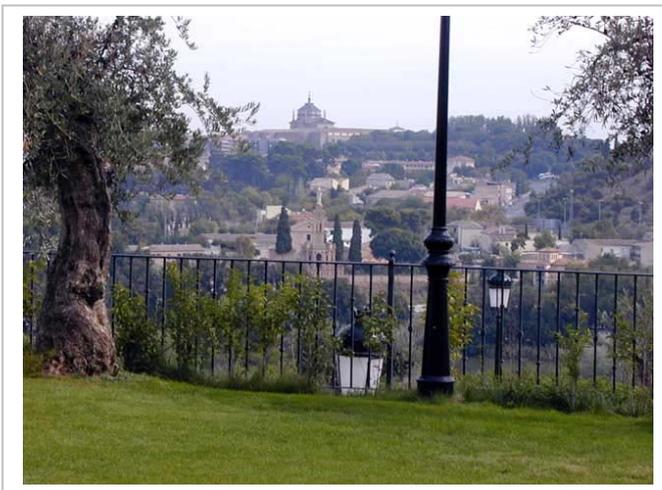
Hora	Programa
09:00 - 10:30	SESION CIENTIFICA III Tema Plástica: moderadores Prof. Rafael Trinchet, Dr. E. López Candel
09:00	Tratamiento quirúrgico de las complicaciones cutáneas y músculo-esqueléticas de los pacientes con sepsis. (O5') Andrés AM, López-Gutiérrez JC, Ros Z, Díaz M, Rivas S, Luis AL, Tovar JA. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid
09:12	Hemangiomas congénitos rápidamente involutivos: diagnóstico diferencial con el frecuente hemangioma postnatal. (O3') Encinas JL, López-Gutiérrez JC, Andrés AM, Rivas S, Ros Z, Tovar JA. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid
09:20	Nuevos abordajes quirúrgicos de los hemangiolinfangiomas complejos. (O3') De Agustín, JC, Greco y Martínez R, Acero J, Hernández AE, Sánchez O, Cañizo A, Vázquez J. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
09:28	Malformaciones venosas congénitas. Diagnóstico y tratamiento en la infancia. (O5') Rivas S, López-Gutiérrez JC, Rivas M, Andrés AM, Ros Z. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid
09:40	Anomalías vasculares congénitas en la extremidad superior. Protocolo diagnóstico-terapéutico. (O5') Rivas S, López-Gutiérrez JC, Díaz M, Andrés AM, Ros Z. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid
09:52	Microcirugía en edad pediátrica. (O5') Marín M, Sánchez A, Enríquez de Salamanca J, González-Meli B, Berenguer B, Rodríguez P. Hospital Niño Jesús. Madrid
10:04	Heteroinjerto en fisuras alveolares secundarias. (O3') Montecinos, G; Almeida, A; Almeida, V; Cabezas, S. Hospital Regional Temuco - Universidad de la Frontera - Temuco - Chile
10:12	NOMA. Patología emergente. (O3') Mulet JF, Bregante J, Iriarte J, Femenia A, Caubet J, Morlans J, Rollán R. Hospital Son Dureta. Mallorca
10:20	Doble transferencia de dedo de pie a la mano en niños con simbraquidactilia atípica. (O3') Rivas S, López-Gutiérrez JC, Lovic A, Díaz M, Andrés AM, Ros Z. Hospital Infantil La Paz. Madrid
10:30-11:00	Sesión posters - café - videos

<p>11:00-12:30</p>	<p align="center">MESA REDONDA: "Malformaciones orofaciales" Moderador: Dr. G. González Landa (Bilbao) Ponentes: Dra. C. Alonso-Bañuelos (Madrid) Dr. J. Bregante (Mallorca) Dr. R. Castillo (Córdoba) Dra. M. Martín (Madrid) Dra. MD. Delgado (Madrid) Dra. B. González Meli (Madrid) Dr. R. Méndez (A Coruña) Dr. F.J. Parri (Barcelona)</p>
<p>12:30-13:45</p>	<p align="center">SESION CIENTIFICA IV Tema Plástica: moderadores Dr. Luis Alfonso Santamaría Betancourt, Dr. Juan Elias Pollina</p> <p>12:30 Aplicación de la cirugía con abordajes mínimos en el tratamiento de las sinostosis craneales. (O3') Tellado MG, Méndez R, Somoza I, Liras J, Sánchez-Abuín A, Blanco A, Fantini M, López-Cedrún JL, Martín-Sastre R, Vela D. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña</p> <p>12:38 Distracción osteogénica mandibular para tratamiento de la obstrucción respiratoria en lactantes con secuencia de Pierre-Robín. (O3') González-Meli B, Rodríguez P, Berenguer B, Sastre J, Marín-Gutzke M, Enríquez de Salamanca J. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid</p> <p>12:46 Quistes odontogénicos en la infancia. (O3') Larena J, Kobrzynska E, Parri FJ, Sancho L, Morales L. Hospital Sant Joan de Déu - Clínic. Barcelona</p> <p>12:54 Plasma enriquecido en plaquetas en la alveoloplastia de pacientes fisurados. (O3') Méndez R, López-Cedrún JL, Tellado MG, Patiño B, Vázquez I, Vela D. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña</p> <p>13:02 Tratamiento con Tissucol de la fístula traqueo esofágica Recurrente. Valoración a largo plazo. (V) Gutiérrez C, Roca A, García-Sala C, Lluna J, Hernández E, Vila-Carbó JJ. Hospital Materno-Infantil La Fe. Valencia</p> <p>13:14 Estudio del vot en pacientes intervenidos por fisura labiopalatina. (O3') Gámiz M, Fernández-Valadés R, Amador J, Mendoza E, Villegas M, Ruiz A, Valladares JC, Jiménez C, Matar K, Castejón J. Hospital Virgen de Las Nieves. Granada</p> <p>13:22 Empleo de conformadores nasales en la rinoplastia del fisurado. (O3') Méndez R, López-Cedrún JL, Tellado MG, Somoza I, Liras J, Sánchez-Abuín A, Vela D. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña</p> <p>13:30 Otoplastia posterior minimamente invasiva para el tratamiento del Helix valgus. (V) Sánchez-Abuín A, Somoza I, Liras J, Méndez R, Tellado MG, Pais E, Vela D. La Coruña</p> <p>13:42 Liposucción en niños: utilidad clínica. (O3') Berenguer B, Rodríguez P, González B, Marín M, Gallo H, Enríquez de Salamanca J. Hospital Niño Jesús. Madrid</p>
<p>14:00-16:00</p>	<p align="center">Comida de trabajo</p>

16:00-17:30	SESION CIENTIFICA V
	Tema General: moderadores Dra. Galicia Montecinos, Dr. Carlos Bardají Pascual
16:00	Efecto de la descontaminación intestinal selectiva sobre el daño hepático asociado a la nutrición parenteral en un modelo murino de intestino corto. (O5') Eizaguirre I, García-Urkiá N, Asensio A, Cano A, Samprón N, García-Arenzana JM, Bachiller P, Aldazabal P. Hospital Donostia-Osakidetza. San Sebastián
16:12	Enterocolitis necrotizante y traslocación bacteriana: papel de la nutrición enteral mínima. (O5'). Eizaguirre I, Garcia-Urkiá N, Asensio AB, Cano A, Sampron N, Garcia-Arenzana JM, Bachiller P, Aldazabal P. Hospital Donostia-Osakidetza.
16:24	Alteraciones en la inervación vagal del esófago en el modelo experimental de hernia diafragmática congénita. (O5') Martínez L, González-Reyes S, Burgos E, Tovar JA. Hospital Infantil La Paz. Madrid
16:36	Traumatismo craneal pediátrico. Revisión de 919 casos. (O5') Sánchez-París O, Navascués JA, Hernández E, Cañizo A, Parente A, De Agustín JC, Matute JA, Romero R, García-Casillas MA, Vázquez J. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid
16:48	Lesiones raquimedulares en la infancia. (O5') Cañizo A, Navascués JA, Hernández E, Sánchez-París O, Parente A, Cerdá J, Molina E, De Tomás E, De Agustín JC, Matute JA, Vázquez J. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid
17:00	Corrección del pectus carinatum secundario a la técnica de Nuss. (P) Delgado MD, López M, Cabezalí D, Herrero E, Benavent MI, Berchi FJ. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
17:08	Resección cricotraqueal parcial como tratamiento de la estenosis subglótica severa en niños (P) Cañizo A, García-Casillas MA, Matute JA, Vázquez J. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid
17:11	Esplenectomía subtotal como tratamiento de un hamartoma esplénico en edad pediátrica (P) Liras J, Sánchez-Abuín A, Somoza I, Gómez-Tellado M, Méndez R, Maté A, Pais E, Vela D. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña
17:14	Adenocarcinoma de ileon tras intervención quirúrgica en edad juvenil. (P) Ayuso L, Gutiérrez C, Esteban R, Roca A, Ribes C, Hernández E. Hospital Materno Infantil La Fe. Valencia
17:17	Importancia de la premura diagnóstica en la fascitis necrosante asociada a varicela. A propósito de dos casos (P) López A, Benlloch C, Martínez-Costa C, Muñoz JI, Brines-Solanes J. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia
17:20	Quistes del conducto tirogloso. Un estudio retrospectivo (O3') Burgués PL, Escartín R, Sáinz A, Gracia J, Esteban JA. Hospital Materno-Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza
17:30-18:00	Sesión posters - café - videos

18:00-20:00	SESION CIENTIFICA VI
	Tema General: moderadores Dr. Javier Lluna González, Dr. Jorge Rodríguez Alarcón
18:00	Nueva estrategia quirúrgica en la gastrosquisis: simplificación del tratamiento atendiendo a su fisiopatología. (O5') Peiró JL, Guindos-Rúa S, Lloret J, Marhuenda C, Torán N, Martínez-Ibáñez V. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona
18:12	Células intersticiales de Cajal implicadas en la hipoperistalsis intestinal de la gastrosquisis. (O3') Peiró JL, Guindos S, Giné C, Lloret J, Marhuenda C, Torán N, Martínez-Ibáñez V. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona
18:20	Crecimiento pulmonar fetal tras oclusión traqueal en el feto humano con hernia diafragmática congénita. (O5') Peiró JL, Torán N, Gratacós E, Carreras E, Enríquez G, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona
18:32	Hernia diafragmática congénita. 5 años de experiencia en una unidad con ECMO. (O5') Bernardo B, Matute JA, Molina E, Franco ML, Sanz E, Zevallo S, Sánchez-Luna M, Romero R, García-Casillas MA, Vázquez J. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
18:44	Reflujo gastroesofágico ácido y no ácido en el recién nacido. Datos preliminares de estudio con impedancia intraesofágica. (O5') López-Alonso M, Moya MJ, Ribas J, Cabo JA, Macías MC, Silny J, Sifrim D. Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío, Facultad de Medicina de Sevilla, Universidad Técnica de Aachen y Universidad de Lovaina. Sevilla
18:56	Diagnóstico manométrico de la displasia neuronal intestinal. (O5') Millán A, López-Alonso M, Ribas J, Hernández A, García Valles MC, Polo J. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla
	Tema General: moderadores Dra. M ^a Carmen García Valles, Dr. Jesús Mira Navarro
19:10	Esplenectomía y hemiesplenectomía laparoscópicas. (O5'). Olivares P, Rivas S, Leal N, Martínez L, Hernández F, Luis A, Encinas JL, Ávila LF, Tovar JA. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid
19:22	Quiste Pericárdico con ventana a miocardio. Toracosopia. (V) Bregante J, Mulet JF, Femenia A, Garcia-Algas F. Hospital Universitario Son Dureta. Mallorca
19:34	Traqueomalacia congénita: Análisis de nuestra serie. (O5') Antón-Pacheco J, Cano I, García A, López M, Cabezalí D, Cuadros J, Benavent MI. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
19:46	Alteraciones de la función cardíaca en el pectus excavatum. (O5') Andrés AM, Fernández A, Olivares P, Hernández F, Ávila LF, Encinas JL, Rivas J, Tovar JA. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid
19:58	Tracción esternal en la técnica de Nuss. (V). Gutiérrez C, González J, Roca A, Fernández M, García-Khun R, García-Sala C. Hospital Materno-Infantil La Fe. Valencia

20:10	Elevador de pared torácica. Una innovación no quirúrgica en el tratamiento del pectus excavatum. (O3'). Schier F. Hospital Universitario de Mainz. Mainz. Alemania.
20:18	Manejo quirúrgico del conducto arterioso persistente en niños, experiencia de 22 años. (O3'). Staines H. Hospital General de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez México
20:26	Histerocolpsectomía e reconstrucción vaginal inmediata. (P) Gentil A. Instituto Portugués de Oncología Francisco Gentil. Lisboa. Portugal
21:30	Cena de Gala en el "Cigarral Hierbabuena"



Sábado 29 de mayo de 2004

Hora	Programa
09:00 - 10:30	MESA REDONDA: "Cirugía Perinatal" Moderador: Dr. V Martínez-Ibáñez (Barcelona) Ponentes: Dr. JL Peiró (Barcelona) Dr. E. Gratacós (Barcelona) Dr. M. Sánchez-Luna (Madrid)
10:30 - 11:00	Sesión posters - café - videos
11:00 - 11:30	Lectura del Premio de la SECP
11:30 - 13:00	Asamblea General de la SECP
13:00 - 13:45	Discurso del Presidente



Programa Social para Acompañantes

26 de Mayo 2004

Acto inaugural: Convento de San Pedro Mártir

27 de Mayo 2004

**Visita a Toledo Turístico.
Comida en el Restaurante “La Almena”**

Visita nocturna a Toledo

28 de Mayo 2004

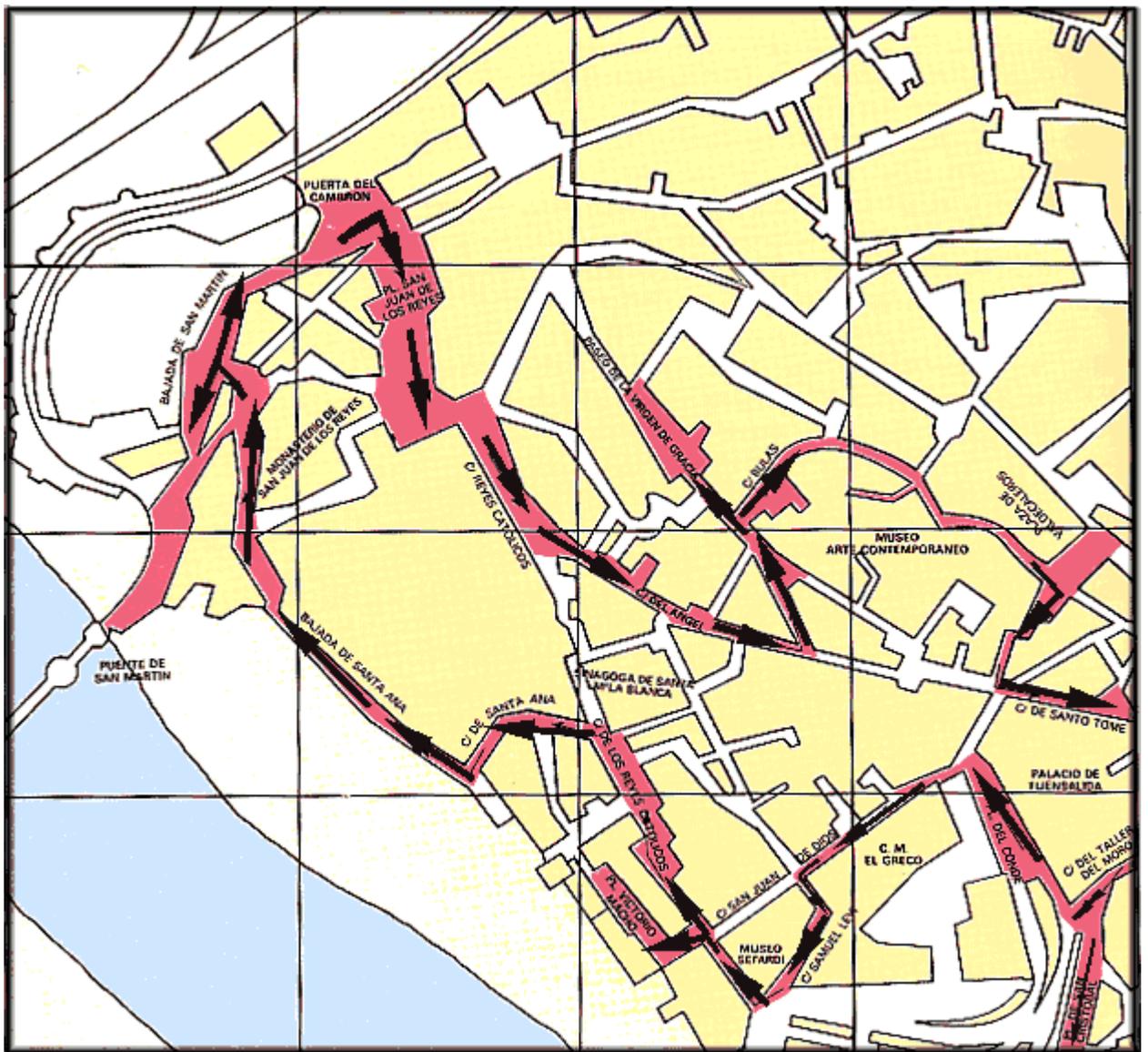
**Visita a la Judería de Toledo.
Comida en el Restaurante “Hostal del Cardenal”**

Cena de Gala en el “Cigarral Hierbabuena”

Visita a la JUDERÍA

Visita a la judería que ocupa la zona suroeste de la ciudad y a alguno de sus edificios más emblemáticos; también alguno de los lugares elegidos por la nobleza y la iglesia para establecerse tras la expulsión de los judíos en el s.XV.

Itinerario.- Plaza del Ayuntamiento por la Travesía de Santa Ursula y calle del mismo nombre hasta el Mirador de San Cristóbal-Plaza del Conde y Palacio de Fuensalida-Iglesia de Santo Tomé-Casa-Museo de El Greco-Sinagoga del Tránsito y Museo Sefardí-Casa-Museo Victorio Macho-Sinagoga de Santa María la Blanca-Bajada por la calle de Santa Ana hasta el Puente de San Martín-Regreso por la Bajada de San Martín hasta la Puerta del Cambrón y Monasterio de San Juan de los Reyes-Calle de los Reyes Católicos y Calle del Angel -Regreso por el Paseo Virgen de Gracia y Museo de Arte Contemporáneo hasta el lugar de origen.



Abstracts del Congreso

Comunicaciones orales

SESION CIENTIFICA I (Tema General)

Moderadores: Dr. José Carlos Simões, Dr. Jaume Mulet Ferragut,
Dr. Hugo Staines

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS SUBGLÓTICA

Autores	M.A. García-Casillas, J.A. Matute, A. del Cañizo, J. Vázquez
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Gregorio Marañón
Texto	<p>OBJETIVO: Analizar en nuestro medio los resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes con estenosis subglótica, así como las posibles variables que influyen en su evolución clínica.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a cirugía laríngea por presentar una estenosis subglótica durante los últimos 5 años en un hospital terciario. De los 33 pacientes diagnosticados de estenosis subglótica 9 no han requerido tratamiento quirúrgico y 24 pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente. La mediana de la edad de los enfermos ha sido de 9.08 meses (rango 3 días hasta 14 años). Seis pacientes presentaban una estenosis subglótica grado II, 17 pacientes grado III y 2 pacientes grado IV. A once pacientes se les había realizado otra intervención quirúrgica previa, siendo 9 portadores de una traqueostomía. Hemos analizado los resultados en función del índice de decanulación, tiempo de ingreso hospitalario, complicaciones y resultados a largo plazo desde el punto de vista respiratorio.</p> <p>RESULTADOS: De los 24 pacientes intervenidos quirúrgicamente 2 son portadores de traqueostomía pendientes de intervención quirúrgica y el resto 92 % han sido decanulados. El índice de fracaso para el split cricotraqueal es del 42.85%, el del injerto anterior es del 12.5% siendo de 0% para el injerto doble y la resección cricotraqueal parcial. La mediana del tiempo de intubación ha sido de 9.95±4.41 días con una media de 13.20±6.76 días para las pacientes a los que se ha realizado un split cricotiroides y de 6.83 ± 1.60 días a aquellos que se les ha realizado un injerto anterior. Las complicaciones postoperatorias han sido cuatro granulomas en la zona de la subglotis, una infección respiratoria y una infección de herida quirúrgica. No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto al número de complicaciones en función del grado de estenosis o intervención quirúrgica realizada. La evaluación respiratoria postoperatoria global en base a criterios clínicos ha sido muy buena en seis pacientes, buena en 12 pacientes, regular en 2 pacientes y muy mala en otros 2 pacientes. No hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre estos resultados y el grado de estenosis o el tipo de técnica quirúrgica empleado. Los pacientes portadores de traqueostomía previa a la intervención tienen un mayor índice de alteraciones en la calidad de la voz que aquellos que se han intervenido de novo ($p < 0.05$).</p> <p>CONCLUSIONES: La cirugía correctora de la estenosis subglótica tiene un alto índice de éxitos consiguiendo la extubación y decanulación de hasta el 92% de los pacientes. Dentro de las técnicas quirúrgicas empleadas el split cricotraqueal tiene un índice de fracasos mayor que cualquier otra técnica quirúrgica. En general debe intentarse realizar una intervención quirúrgica que permita una resolución definitiva de la patología evitando la realización de traqueostomías innecesarias.</p>

ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN LOS NIÑOS CON ONFALOCELE GIGANTE

Autores	Luis A L, Encinas JL; Hernández F, Andrés A M, Avila L F, Murcia J, Lassaletta L, Tovar JA
Instituciones	Hospital Universitario La Paz. Dpto de Cirugía Pediátrica
Texto	<p>INTRODUCCION: Las malformaciones asociadas y las complicaciones respiratorias influyen en el pronóstico de los pacientes con onfalocele. Este estudio analiza la morbilidad respiratoria en nuestra serie.</p> <p>MATERIAL Y METODOS: Estudiamos retrospectivamente los 29 pacientes con onfalocele tratados entre 1994 y 2004. Diez (35%) tenían onfaloceles gigantes (OG, de más de 8 cm, conteniendo el hígado y no susceptibles de cierre primario) y 19 tenían onfaloceles comunes (OC). Medimos radiológicamente dimensiones torácicas al nacimiento y registramos duración de estancia hospitalaria, necesidad de ventilación asistida y mortalidad. Comparamos estas variables en ambos grupos de pacientes por métodos estadísticos comunes.</p> <p>RESULTADOS ± 592g en los OG y de 3033 ± El peso natal fue de 2822 680 en los OC (ns). Los parámetros de configuración torácica (diámetro torácico 0,067 y ± superior/longitud de columna torácica) fueron respectivamente: 0,573 1,15 ($p \pm 1,452 < 0,05$). Un 57% de los casos de OG tenían disminución significativa de los diámetros torácicos y se comprobó hipoplasia gammagráfica en dos casos. La estancia hospitalaria fue de 62.5 días (mediana, rango 12-720) y de 12 (4-95) respectivamente. 7/10 niños con OG requirieron ventilación asistida mientras que sólo 2/19 de los OC la necesitaron ($p < 0,05$). 70% de los pacientes con OG sufrieron complicaciones respiratorias frente a 10% de los que tenían OC. Fallecieron respectivamente en cada grupo 2 (shock en el 12º día y aspiración tras 2 años de ingreso por DBP) y 3 pacientes (cardiopatía, hemorragia cerebral y causa desconocida) (ns).</p> <p>CONCLUSIONES: 1) La gran mayoría de los pacientes con OG requirieron asistencia respiratoria prolongada a causa de disminución del espacio torácico y probablemente hipoplasia pulmonar. 2) La patología respiratoria asociada al OG causó en esta serie graves síntomas que complicaron y prolongaron el tratamiento aunque sin influir aparentemente en la mortalidad</p>

QUISTE EPITELIAL GIGANTE DE BAZO: ESPLENECTOMÍA SELECTIVA (video)

Autores	M.A. Gómez Culebras; L. Antón Hernández; D. Cortón Lamelas; G. Barrientos Fernández; D. Soriano Benítez De Lugo; M.A. Rihueté Heras; R. Tracchia Becco.
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife
Texto	<p>Los quistes esplénicos de origen no parasitario son un hallazgo infrecuente, sobre todo en la edad pediátrica. Dentro de este grupo los gigantes son extraordinariamente raros y escasamente sintomáticos, aunque pueden aumentar considerablemente de tamaño, romperse, producir una hemorragia intraperitoneal o infectarse. Histológicamente se caracterizan por la presencia de epitelio escamoso en la pared del quiste. Otra característica de estos quistes es la elevada concentración sérica de CA 19.9 que ha sido descrita en varios trabajos recientes. Su tratamiento quirúrgico ha sido tradicionalmente la esplenectomía total mediante cirugía laparoscópica para los menores de 5 cm de diámetro y laparotomía para los mayores de 5 cm de diámetro, pues la presencia de restos de la pared del quiste con otras técnicas más conservadoras parece llevar inexorablemente a la recurrencia de la enfermedad.</p> <p>En el paciente pediátrico, una vez quede garantizada la exéresis completa de la lesión, hemos de perseguir la conservación del bazo como segunda directriz a la hora de realizar el tratamiento quirúrgico.</p> <p>Presentamos el diagnóstico, mediante métodos tradicionales como la Rx simple de tórax y abdomen y la ecografía y métodos más sofisticados como la presencia de elevación del Ca 19.9 cinco veces por encima de su valor normal, y la tomografía axial computadorizada. Se muestra un quiste epitelial gigante de bazo con más de 20 x 16 x 14 cm de diámetro en una paciente de 12 años de edad.</p> <p>Asimismo destacamos el manejo quirúrgico de la lesión mediante quistectomía completa y esplenectomía selectiva conservadora, tratando el pedículo esplénico y conservando el polo inferior del bazo. Se presenta la metodología seguida para pexiar el bazo residual con objeto de evitar torsiones del pedículo esplénico con la trombosis subsecuente.</p> <p>Por último se muestran los resultados postoperatorios mediante hematimetría (negativización de marcadores tumorales) y gammagrafía esplénica.</p>

ALTERACIONES HISTOQUÍMICAS DEL MÚSCULO CREMÁSTER EN DETERMINADAS PATOLOGÍAS DEL CANAL INGUINAL

Autores	Paredes Esteban Rm, Cueva Ruiz C, Velasco Sanchez B, Gonzalez Mariscal M, Lorite García A, Rodríguez Vargas J, García Ruíz M.
Instituciones	Sección De Cirugía Pediátrica Y Servicio De Anatomía Patológica Del Hospital Universitario "Ciudad De Jaén"
Texto	<p>Se ha propuesto al músculo cremáster como participante en la patogénesis de procesos inguinales como la criptorquidia, la hernia inguinal y el hidrocele. Realizamos un estudio prospectivo en pacientes con dichos procesos, con el objetivo de determinar la existencia o no de alteraciones en el músculo cremáster.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODO. Se estudian 40 pacientes intervenidos quirúrgicamente por procesos inguinales y edades comprendidas entre 1 mes y 13 años de edad. De total, el 80% fueron varones y el 20% hembras. 19 pacientes correspondían a hernia inguinal, 8 a hidrocele y 13 a criptorquidia. Durante el acto quirúrgico, se tomaron muestras del músculo cremáster que se enviaron en fresco para estudio histoquímico. La mitad de cada muestra se fijo en formol, para posterior tinción con Hematoxilina-Eosina, PAS y Hematoxilina Fosfotúctica y la otra mitad se incluyó en Nitrógeno Líquido, se cortaron en secciones de 6 micras y se guardaron a -20° C . Se realiza histoquímica utilizando la NADH (enzima oxidativa) y las Fosforilasas. Se valoran 7 parámetros: morfología del músculo, estructuras de los fascículos, existencia o no de fibrosis perimisial y endomisial, presencia de fenómenos inflamatorios, alteraciones fibrilares y atrofia.</p> <p>RESULTADOS. Observamos en el cremáster de estos pacientes las siguientes alteraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -un predominio de fibras tipo I (a diferencia del músculo normal) -existencia de fenómenos inflamatorios -fibrosis endo y perimisial -alteraciones fibrilares (existencia de fibras basófilas, núcleos centrales, alteraciones del diámetro y tinción no uniforme) <p>CONCLUSIONES. Estos resultados son compatibles con una patología primaria - MIOPATÍA - del músculo cremáster, en pacientes con procesos inguinales. Desconocemos por el momento si existe, además, una alteración en la inervación de dicho músculo, objetivo futuro de este estudio.</p>

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA SOBRE LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA Y EL PRONÓSTICO EN LA ATRESIA DE ESÓFAGO.

Autores	Encinas JL, Hernández F, Luis A, Martínez L, Avila LF, Andrés AM, Tovar JA
Instituciones	HU Infantil La Paz
Texto	<p>INTRODUCCION: Las malformaciones cardiovasculares (MCV) condicionan en parte la supervivencia en la atresia de esófago (AE). El objetivo de este estudio ha sido determinar la utilidad del diagnóstico cardiológico previo a la cirugía esofágica en la estrategia quirúrgica y en la mortalidad.</p> <p>PACIENTES Y METODOS: Hemos revisado los pacientes tratados en nuestro hospital por AE entre 1982 y 2002; recogimos los diagnósticos cardiológicos y la mortalidad. Usamos la clasificación por grupos pronósticos de Spitz. Denominamos malformaciones cardiacas mayores (MC-M) a aquellas cianóticas que precisaron tratamiento quirúrgico o las no cianóticas que precisaron tratamiento quirúrgico o médico por fallo cardiaco.</p> <p>RESULTADOS: Se incluyeron 190 niños (96 niños y 94 niñas); 78 (41%) presentaban MCV (29 niños, 37'2% y 49 niñas, 62'8%. X^2, $p < 0'05$); 39 de estos (50%) eran MC-M. Seis niños no fueron operados de AE y fallecieron. Treinta y dos gestaciones fueron controladas ecograficamente y 6 (18'7%) tenían diagnóstico prenatal de MCV que fue confirmado postnatalmente. La ecocardiografía postnatal antes de la cirugía de AE se realizó en 38 (48'7%); se diagnosticó la MCV en 26 (68'4%) y no se diagnosticó o se erró en el diagnóstico en 12 (32%) de los cuales 5 eran MC-M. Cinco MCV fueron arcos aórticos derechos (6%), y solo 3 se diagnosticaron antes de la cirugía de AE; a pesar de esto el abordaje fue derecho en todos ellos. En un niño con AE y MCV se realizó inicialmente una gastrostomía por inestabilidad hemodinámica y falleció. Murieron 14 niños (12'5%) con AE frente a 21 con AE y MC-M (53'8%). La distribución según los grupos de Spitz fue: I (145/190; 76%), II (39/190; 20%) y III (6/190; 3%); y su mortalidad fue respectivamente: 4'5%, 46% y 83%. En el grupo de diagnósticos cardiológicos acertados la mortalidad fue: 8/26 (30'7%) y en los no acertadas 3/12 (25%) (X^2 $p > 0'1$).</p> <p>CONCLUSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El diagnóstico de MCV en AE es posterior a la cirugía de AE en un 32% de los casos. -A excepción de 1 caso el diagnóstico cardiológico postnatal inmediato no cambió la estrategia quirúrgica de la AE. -El momento del diagnóstico correcto de cardiopatía respecto a la cirugía de AE y su precisión no cambian el pronóstico de supervivencia en niños con AE y MCV.

ENFERMEDAD DE CROHN EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Autores	J. Ilari, J.A. Blanco, A. Castellví, R. M ^a Isnard, Y. Guerrero*. Dra Piñol*, Dr. G. Pintos**
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica, Servicio de Cirugía General*, Servicio de Pediatría**.
Texto	<p>Introducción La enfermedad de Crohn, para el Cirujano Pediátrico ha sido hasta hace poco una patología, en la que la intervenía en contadas ocasiones. El motivo de presentación es explicar nuestra experiencia en esta enfermedad, en pacientes pediátricos.</p> <p>Material y métodos Revisamos la casuística de esta patología de los enfermos diagnosticados en los últimos 10 años en nuestro centro: Edad de inicio, sintomatología, tratamiento quirúrgico: Fueron diagnosticados 26 pacientes menores de 18 años (de 8 a 18 años), 18 Varón y 8 Hembras. En la actualidad 17 de ellos han sido intervenidos quirúrgicamente, 4 de ellos durante la edad pediátrica y el resto pasados los 18 años.</p> <p>Resultados La indicación quirúrgica durante la edad pediátrica fue: En 1 caso como debut, por Crohn apendicular, en 2 pacientes por fístulas perianales y finalmente un paciente fue intervenido por plastrón en FID por estenosis ileal y fístulas enteroentéricas. Precisarón tratamiento quirúrgico, ya en edad adulta, 13 pacientes: En 5 casos por fístulas enteroentericas, en 4 por estenosis ileo-yeyunales y 4 casos por ambas y finalmente 5 casos por enfermedad perianal. Seis pacientes precisaron mas de una intervención.</p> <p>Conclusiones Nuestra experiencia, esta de acuerdo con lo que otros autores apuntan que el debut de la enfermedad de Crohn es cada vez mas temprano. Nuestra impresión, y que será preciso refrendar en series mas amplias, es que esta enfermedad, cuando debuta en edad pediátrica se comporta de forma mas agresiva. El aumento de la edad de atención pediátrica en nuestra especialidad, el aumento de la prevalencia misma de la enfermedad, y el debut cada vez mas temprano de la misma va a precisar, cada vez con más frecuencia, la concurrencia del Cirujano Pediátrico en este proceso.</p>

ONFALOCELE GIGANTE: RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE EXPANSIÓN (poster)

Autores	Marín Gutzke M, Sánchez Olaso A, Enríquez de Salamanca J, González Meli B, Berenguer B, Rodríguez Urcelay P, Ollero Caprani JM*.
Instituciones	Servicio de Cirugía Plástica. Servicio de Cirugía Pediátrica*. Hospital Niño Jesús. Madrid
Texto	<p>Introducción: La reconstrucción de la pared abdominal por malformación, como en casos de onfalocele gigante, debe contemplar los defectos complejos de piel, soporte musculofascial y derecho a domicilio visceral. La expansión combinada cutánea y musculofascial puede constituir una técnica óptima en estos casos.</p> <p>Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 5 años con diagnóstico de onfalocele gigante (13 cm de diámetro), tratado inicialmente por el Servicio de Cirugía Pediátrica mediante la colocación de una malla de polipropileno y cobertura cutánea local. La paciente desarrolló una intolerancia a la malla, requiriendo varias intervenciones para desbridamiento y cobertura. El estudio de imagen por RMN de la pared demuestra la presencia de ambos rectos en el tercio caudal y su desplazamiento lateral progresivo en los dos tercios cefálicos. El onfalocele incluye la herniación de gran parte del lóbulo hepático izquierdo y la mayoría del derecho. Asocia una malposición del ciego, localizado contralateralmente, junto con un riñón derecho ligeramente mal rotado.</p> <p>Procedimiento quirúrgico: Se indicó una reconstrucción de pared abdominal mediante expansión tisular intermuscular y subcutánea. En el primer tiempo quirúrgico se realizó el implante de dos expansores rectangulares de 250 ml, entre los músculos oblicuos externo e interno. Además se colocaron dos expansores de forma semilunar de 100 ml, subcutáneos, craneales al límite del onfalocele.</p> <p>Evolución: Durante la tercera semana postoperatoria se detectó un cuadro de infección localizado en uno de los expansores intermusculares, lo que obligó a su extracción. La expansión de los tres expansores restantes resultó óptima, con un volumen final de expansión de 100 ml en los expansores subcutáneos, y 460 ml en el intermuscular. En un segundo tiempo quirúrgico se realizó la reconstrucción parcial de la pared, desepitelizando la piel en contacto directo con las vísceras, quedando cubierta por la musculatura abdominal expandida. La expansión cutánea permitió sustituir la piel atrófica y las secuelas cicatriciales del onfalocele.</p> <p>Conclusión: La expansión de la pared abdominal permite una reconstrucción funcional competente y eficiente, con una baja morbilidad, procedimiento basado en el conocimiento de la anatomía de la pared, respetando su vascularización e inervación.</p>

LACERACIÓN TRAQUEAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO CERVICAL CERRADO (poster)

Autores	D. Cabezalí, J. Antón-Pacheco, I. Cano, A. García, M. López, J. Cuadros, M.I. Benavent
Instituciones	Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
Texto	<p>Introducción: La laceración traqueal es una lesión muy poco frecuente en la edad pediátrica. Generalmente es debida a intubación endotraqueal y excepcionalmente a un traumatismo cervical. Presentamos el caso de un niño de 12 años que presentó una laceración traqueal como consecuencia de un traumatismo cerrado en el cuello.</p> <p>Caso Clínico: Varón de 12 años que acudió al servicio de urgencias por haber sufrido un traumatismo cervical cerrado producido por el manillar de una bicicleta. En la exploración se observó un enfisema subcutáneo masivo en cara, cuello y tórax acompañado de dificultad respiratoria. La radiografía simple confirmó la presencia de aire en el tejido subcutáneo y además evidenció un neumotórax derecho con neumomediastino. Ante la sospecha de traumatismo traqueal se realizó una fibrobroncoscopia que demostró una laceración, profunda y de 2 cm. de longitud, en la parte membranosa posterior de la tráquea cervical. El paciente fue intervenido quirúrgicamente a continuación, realizándose una cervicotomía y practicando un cierre de la herida traqueal con sutura discontinua. La evolución fue favorable, siendo alta hospitalaria en el 8º día postoperatorio. Dos años después de la cirugía el paciente se encuentra asintomático.</p> <p>Discusión: El diagnóstico de laceración traqueal se basa en la sospecha clínica y fundamentalmente en la exploración broncoscópica. Las lesiones pequeñas, y con poca repercusión clínica, se pueden tratar de forma conservadora. Cuando la rotura traqueal es más grande, y se acompaña de sintomatología grave, está indicado el tratamiento quirúrgico.</p>

**APENDICOSTOMÍA CONTINENTE PARA ENEMA ANTERÓGRADO.
TÉCNICA DE MALONE LAPAROSCÓPICA (video)**

Autores	A Pérez Martínez, MA Martínez Bermejo, J Conde Cortés, L Bento Bravo
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.
Texto	<p>Introducción: La cecoapendicostomía continente fue descrita por Malone en 1990 para la administración de enemas anterógrados en estreñimientos severos asociados a una gran variedad de diagnósticos (espina bífida, agenesia sacra, estreñimiento crónico idiopático, aganglionismo, displasias neurointestinales, etc). La selección de los pacientes debe ser muy meticulosa y restrictiva, dejando esta técnica a enfermos intratables por otros métodos y como paso previo a una colostomía.</p> <p>Caso Clínico: Presentamos el caso de un enfermo de 14 años, afecto de una cromosomopatía, con retraso psicomotor profundo y estreñimiento crónico severo. No aceptaba medicación por vía oral y en el último año, su fuerza física, impedía administrar enemas de limpieza, por lo que cada 15 días necesitaba un vaciamiento rectal manual bajo anestesia general. En estas circunstancias se decidió realizar la apendicostomía.</p> <p>Método: Mediante una laparoscopia con cuatro trócares se construyó una cecoplastia de 5 cm de longitud alrededor del apéndice con sutura irreabsorbible. El apéndice se exteriorizó por el puerto de la fosa ilíaca derecha y se realizó una cecopexia a pared anterior para evitar la volvulación del ciego. Se mantuvo sondada la apendicostomía durante 15 días antes de iniciar el programa de enemas. El paciente fue dado de alta al cuarto día de postoperatorio. El sondaje del estoma se realiza sin dolor y con facilidad por la familia. La continencia es perfecta. El aspecto estético y funcional a los 8 meses de la intervención es bueno.</p> <p>Conclusiones: La técnica laparoscópica de apendicostomía continente que presentamos es sencilla y en nuestro caso tuvo muy buenos resultados. Creemos que, a pesar de ello, sus indicaciones deben ser muy restringidas.</p>

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES INTRAVASCULARES DE LOS CATÉTERES DE LARGA DURACIÓN

Autores	Sánchez-París O*; De Agustín, JC*; Greco y Martínez R*; Sanz Villa N**; Zunzunegui JI***.
Instituciones	* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario "Gregorio Marañón". Madrid. ** Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital "San Rafael". Madrid. *** Servicio de Cardiología. Hospital Universitario "Gregorio Marañón". Madrid.
Texto	<p>Introducción: La retención y la suelta intravascular de los catéteres de larga duración son complicaciones poco frecuentes pero potencialmente muy graves. La falta de sistematización en el tratamiento es un factor de riesgo añadido que puede incrementar la morbilidad y la yatrogenia.</p> <p>Objetivo: Elaborar una pauta de diagnóstico y tratamiento basado en nuestra experiencia.</p> <p>Material y métodos: Incluimos a 5 pacientes. Revisamos el material clínico y el iconográfico así como las grabaciones de video efectuadas. Para la elaboración de los protocolos diagnósticos se ha utilizado la Rx de tórax y la ecocardiografía.</p> <p>Resultados: Tres mujeres y dos varones, con edades comprendidas entre los 3 y los 8 años, presentaron una retención (n=2), una suelta o una malposición del catéter (n=2). La retención tuvo lugar en la vena cefálica en el primer caso y en la confluencia de la vena yugular interna y subclavia (VYI/SC) en el segundo. En el primero se observó la endotelización parcial del catéter optándose por el tratamiento con antiagregación plaquetaria. En el segundo la buena movilidad intravascular del catéter nos animó a realizar su extracción mediante apertura de la confluencia de la VYI/SC. En el 3º caso se extrajo el catéter embolizado en el ventrículo derecho mediante cateterismo cardíaco. En el 4º paciente (catéter en aorta) el catéter se extrajo quirúrgicamente sin complicaciones una vez finalizado el tratamiento quimioterápico. y en el 5º (en vena acigos) se reposicionó tras el primer ciclo de quimioterapia.</p> <p>Conclusiones: Proponemos un algoritmo de estudio y tratamiento en el que la retención del catéter sea estudiada por ecografía vascular que determine la presencia de endotelización del mismo. En cuya presencia se indica la antiagregación plaquetaria y en su ausencia la extracción quirúrgica. En la suelta libre intravascular recomendamos extracción por cateterismo, y si este fracasa por cirugía directa. La malposición, si es en un vaso de alto flujo permite la finalización del tratamiento y su posterior extracción, y si es en uno de bajo flujo su extracción y recolocación inmediata.</p>

Tema Trasplantes, moderadores:
Dr. Filomeno Paulo Gomes, Dra Claudia Marhuenda Irastorza,
Dr. Fernando Mena

**RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSION PORTAL PRESINUSOIDAL EN EL NIÑO**

Autores	Leal N, López Santamaría M, Hernandez F, Murcia J, Gámez M, Frauca E, Jara P, Tovar JA
Instituciones	Hospital Universitario La Paz. Dpto de Cirugía Pediátrica
Texto	<p>Aunque la hipertensión portal presinusoidal (HPS) es la forma más frecuente de hipertensión portal en el niño, no existen estudios controlados que comparen las distintas alternativas terapéuticas, basadas todas en estudios randomizados en adultos cirróticos.</p> <p>Objetivo: análisis retrospectivo de nuestra experiencia y resultados en el tratamiento de niños con HPS, valorando las distintas opciones terapéuticas.</p> <p>Material y métodos: serie de 44 pacientes con HPS secundaria a cavernomatosis portal (CP) (en 9 postrasplante hepático) tratados los últimos 10 años. 40 sufrieron hemorragia gastrointestinal (HGI), y todos mostraban signos de hiperesplenismo moderado/severo. Los episodios graves de hemorragia fueron tratados mediante estabilización hemodinámica, perfusión de somatostatina y endoesclerosis. Se administró tratamiento de sostén con propranolol en 25 de los 40 sangrantes; en 15 (ninguno postrasplante) el tiempo de administración fue continuado, permitiendo comparación con otros 13 niños de características similares que no recibieron propranolol. La indicación de cirugía electiva fue siempre por hemorragia severa o recidivante. Se realizaron 14 shunts no selectivos (11 mesocavos, 3 esplenorenal proximal), 5 selectivos (Warren) y 2 shunts mesoportales (Rex). Un niño fue tratado mediante cirugía no derivativa. Se realizaron además 3 angioplastias en pacientes trasplantados con signos de HPS y estenosis portal susceptible de dilatación.</p> <p>Resultados: los 17 niños sometidos a tratamiento conservador se encuentran estables, sin HGI, y con función hepática normal. La mediana de evolución sin HGI es de 39 meses en éste grupo. Todos muestran signos de hiperesplenismo moderado/severo. Hubo recidiva de la HGI en 8/15 niños tratados con propranolol vs 6/13 que no lo recibieron. De los 22 niños operados, sólo 3 sangraron post-cirugía, dos de forma precoz, sin recidiva posterior, ambos con shunt permeable (evolución 5 – 6 años postcirugia), y en uno se demostró una estenosis anastomótica, dilatada por vía percutánea. Un shunt mesoportales sufrió trombosis precoz, y fue reconvertido a shunt mesocavo, y otro se trombosó tras 9 meses de buen funcionamiento por rechazo del aloinjerto de vena yugular. Los signos de hiperesplenismo regresaron o mejoraron en todos los niños operados, así como la circulación colateral en el seguimiento con doppler-pulsado. Ninguno desarrolló encefalopatía.</p> <p>Conclusiones: Pese a la ausencia de estudios controlados, nuestros resultados permiten concluir que aproximadamente la mitad de los niños con HPS pueden ser mantenidos con tratamiento conservador. La eficacia del propranolol requiere de estudios más elaborados. En los niños con hemorragias graves, la cirugía electiva (derivativa y no derivativa) produce buenos resultados en la prevención de nuevos episodios de hemorragia.</p>

USO DE LA ANGIORRESONANCIA MAGNETICA TRIDIMENSIONAL CON GADOLINIO EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN NIÑOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL PRESINUSOIDAL POR CAVERNOMATOSIS

Autores	Leal N, López Santamaría M, Hernández F, Murcia J, Gámez M, Fernández-Cuadrado J, Rodríguez –Vigil B, Frauca E, Jara P, Tovar JA
Instituciones	Hospital Universitario La Paz. Dpto de Cirugía Pediátrica
Texto	<p>Los niños con hipertensión portal presinusoidal (HPS) por cavernomatosis portal (CP) susceptibles de cirugía no urgente son evaluados habitualmente mediante angiografía selectiva.</p> <p>OBJETIVO: Demostrar que la evaluación preoperatoria mediante angiorresonancia magnética tridimensional con gadolinio (ARM-3D-Gd), menos invasiva que la angiografía, proporciona información suficiente en la elección de la técnica quirúrgica adecuada.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS: 22 niños con HPS por CP (3 desarrollada postransplante hepático) operados en los últimos 10 años. La indicación de cirugía no urgente fue por hemorragia grave en todos. Todos fueron evaluado preoperatoriamente mediante ARM-3D-Gd, adquiriendo imágenes en fase arterial, parenquimatosa, y tardía, analizando en esta última (fase venosa) el patrón de obstrucción portal, la vascularización portal intrahepática, la existencia de circulación colateral intraabdominal, y la formación de shunts espontáneos.</p> <p>RESULTADOS: El estudio con ARM-3D-Gd permitió describir 4 patrones de obstrucción portal prehepática: 1º, obstrucción de tronco principal de vena porta (TPVP), con venas mesentérica superior (VMS) y esplénica (VE) permeables y conectadas (n=14); 2º, obstrucción de TPVP con trombosis parcial o completa de VMS y VE permeable (n=7); 3º, hipoplasia generalizada de circulación venosa esplácnica (n=1). Sólo en 5 casos la vascularización portal intrahepática se consideró adecuada. De acuerdo con estos hallazgos, se usaron las siguientes técnicas: shunt mesocavo con injerto autólogo de vena yugular (n=11), indicado en patrón 1; shunt esplenorrenal distal (n=5), y shunt esplenorrenal proximal, indicados ambos en patrón 2; shunt mesoportal (Rex), indicado en patrón 1 asociado a buena vascularización portal intrahepática; y cirugía no derivativa (n=1) indicada en patrón 3.</p> <p>CONCLUSIONES: La elección de la técnica quirúrgica en la HPS por CP en el niño ha de ser individualizada, previo análisis del patrón de obstrucción portal. La evaluación preoperatoria mediante ARM-3D-Gd proporciona información de gran calidad y es una herramienta útil en la elección de la técnica quirúrgica, sustituyendo con ventajas a la exploración convencional mediante arteriografía.</p>

TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO CON TÉCNICA DE SPLIT EX-VIVO (video)

Autores	J. Bueno, M. Gómez, J. Aguirrezabalaga, G. Corbal, C. Selles, J. Fraguera, E. Pais, J. Liras, J. Buitrón
Instituciones	CHU Juan Canalejo
Texto	<p>El trasplante hepático según técnica de split consiste en la división de un injerto hepático en 2 porciones y su utilización posterior en receptores diferentes. Permite aumentar el pool de órganos y por tanto el descenso de la mortalidad en lista de espera. La partición se puede realizar in vivo o ex - vivo.</p> <p>Objetivo: Presentar dicha técnica mediante partición ex - vivo.</p> <p>Caso clínico: El hígado de un adulto de 33 años y 78 kilos de peso fue enviado desde otro Centro. El injerto presentaba anomalía anatómica arterial (arteria hepática común de arteria mesentérica superior y rama hepática de gástrica izquierda). La división del hígado se realizó en cirugía de banco, preservando con los segmentos II y III, las venas hepática y porta izquierdas, tronco celiaco con gástrica izquierda y muñón arteria esplénica, arteria hepática izquierda y vía biliar izquierda. Con el hígado derecho se preservó la arteria hepática común y troncos de la vena porta y vía biliar. El segmento lateral izquierdo se reservó para una receptora de 8 meses (4.5 kg de peso), de grupo sanguíneo incompatible con atresia de vías biliares post-Kasai y una bilirrubina total de 56 mg/dl. El hígado derecho se implantó en una adulta de 70 kilos afecta de hepatitis C.</p> <p>En la receptora pediátrica, tras la hepatectomía en piggy-back y por presentar v. porta muy hipoplásica, se interpuso injerto venoso iliaco en confluencia de venas mesentérica superior y esplénico. También se utilizó injerto de interposición arterial iliaco en aorta supraceliaca. El implante se realiza con anastomosis termino-terminal de vena hepática izquierda del donante a venas hepáticas del receptor, y v. porta a injerto venoso. Tras la revascularización, realizamos la reconstrucción arterial con anastomosis del tronco celiaco que preserva la gástrica izquierda al injerto supraceliaco y la arteria hepática izquierda al muñón de la arteria esplénica. . El tiempo de isquemia frío fue de 9 horas y el de isquemia caliente de 25 minutos. Una hepatico-yeyunostomía del conducto hepático izquierdo a la Y de Roux permitió el drenaje biliar. Se realizó cierre primario de la cavidad abdominal. . El curso postoperatorio fue tortuoso y complicado con insuficiencia renal, sangrado intrabdominal secundario a trombocitopenia severa por anticuerpos antiplaquetarios que precisó de varias relaparotomías, rechazo, y arteriopatía ocluyente tratada con oxígeno hiperbárico.</p> <p>Tras 2 años del trasplante ambos receptores presentan una función hepática normal.</p>

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL QUISTE DE COLÉDOCO

Autores	Ayuso L, Hernández E, Vila_Carbó JJ
Instituciones	H.U. La Fé (Valencia)
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: El establecimiento rutinario de la ecografía prenatal ha producido un significativo aumento del diagnóstico prenatal de esta entidad. La existencia de dilatación quística intraútero confirma la naturaleza congénita de esta entidad, pero no descarta totalmente la posibilidad de una etiología adquirida, especialmente en las formas fusiformes y de aparición más tardía. El objeto del presente estudio ha sido el sistematizar la forma de presentación clínica de esta entidad relacionándola con su probable etiopatogénia y los hallazgos colangiográficos y su evolución tras la cirugía, basándonos en la revisión de la literatura y en nuestra propia experiencia.</p> <p>MATERIAL Y METODO: Periodo de estudio: 1984 - 2002. Se registran 29 casos de dilatación quística de la vía biliar. En 4 casos, el diagnóstico fue prenatal, dos de los cuales se excluyeron del estudio al tratarse de atresia biliar tipo I. De los 27 casos restantes, se analizan hasta un total de 19 variables. Posteriormente se correlaciona los hallazgos colangiográficos con la presentación clínica y la evolución tras el tratamiento quirúrgico.</p> <p>RESULTADOS: De los 27 casos analizados 12 (59,25%) fueron formas quísticas de las que 14 tuvieron una presentación clínica neonatal o precoz (antes de los 2 años), mientras que las formas fusiformes se presentaron más tardíamente. De los síntomas analizados, en relación con la edad de presentación tan sólo el dolor y la ictericia mostraron diferencias significativas siendo el dolor más frecuente el la presentación tardía y la ictericia en la precoz. En los dos casos de tipo III de Todani o coledococoele fueron de presentación tardía. Se detectó anomalía del conducto bilio-pancreático en 15 pacientes, la mayoría de los cuales tuvieron una presentación tardía y asociada a pancreatitis. En tratamiento quirúrgico de elección fue la quistectomía y derivación bilioentérica en Y de Roux. En 3 casos realizamos hepático-porto-apendicostomía, que se convirtieron a los dos años de seguimiento debido a episodios de colangitis subclínicas. Tras la reconversión desaparecieron los episodios de colangitis en todos los casos.</p> <p>CONCLUSIONES: De acuerdo con la literatura y en base a nuestra propia experiencia, actualmente se podría sistematizar esta malformación en dos grandes tipos, en base a los hallazgos colangiográficos y clínicos. Formas quísticas con una presentación clínica neonatal o precoz y formas fusiformes con un predominio clínico más tardío y asociadas frecuentemente a pancreatitis y canal bilio-pancreático común anómalo. Consideramos que el coledococoele es una entidad que debe ser considerada a parte tanto por su etiología como por su presentación clínica y tratamiento. La quistectomía y derivación bilioentérica es el tratamiento de elección si bien el seguimiento clínico-analítico y ecográfico a largo plazo es muy importante para la detección de las colangitis subclínicas, así como el seguimiento y detección de su posible degeneración carcinomatosa.</p>

UTILIDAD DEL GLUT-1 EN EL CONOCIMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS TUMORES VASCULARES HEPATICOS

Autores	Encinas JL, Hernández F, Navarro M, Avila LF, Andrés AM, Tovar JA
Instituciones	HU Infantil La Paz
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: Durante su fase proliferativa el hemangioma cutáneo presenta positividad inmunohistoquímica para Glut-1, característica que desaparece cuando el tumor regresa, resultando así útil en su diagnóstico y predicción pronóstica. Tratando de mejorar las estrategias terapéuticas en tumores vasculares hepáticos (THV) realizamos un estudio en el que se llevó a cabo la tinción inmunohistoquímica Glut-1 en muestras anatomopatológicas de TVH; la hipótesis fue que aquellos tumores agresivos y altamente proliferativos debían ser positivos para Glut-1 mientras que los más estables y no proliferativos debían ser Glut-1 negativos.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS: En los últimos 10 años 20 niños han sido tratados por TVH. De 11 niños teníamos muestras anatomopatológicas de biopsia, extirpación o autopsia. Los cortes fueron teñidos para Glut-1 y también para Ki-67 como índice de proliferación celular. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: Glut-1 positivos (n=4) y Glut-1 negativos (n=7). Ambos grupos fueron comparados según edad de diagnóstico, supervivencia y proporción de células proliferativas. En el estudio estadístico se utilizaron tests no paramétricos y X² según el caso.</p> <p>RESULTADOS: La edad media del diagnóstico fue similar en ambos grupos (308±515 vs 70±51 días respectivamente, ns). Un 75% de niños Glut-1 positivos murieron frente a un 28% de niños Glut-1 negativos (ns). El índice de proliferación Ki-67 fue 18±1.42% y 1.42±0.97% respectivamente en cada grupo (p<0.05).</p> <p>CONCLUSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los TVH Glut-1 positivos tienen índices de proliferación mas altos que los Glut-1 negativos. -La expresión del Glut-1 es independiente a la edad del paciente. -Aunque no existió diferencia estadísticamente significativa la mortalidad fue más alta en los TVH Glut-1 positivos. - Son necesarios más estudios que establezcan el valor pronóstico del Glut-1 en TVH.

**DOBLE TRASPLANTE RENAL.
ESTRATEGIA PARA EL DONANTE PEDIATRICO MENOR DE TRES AÑOS**

Autores	Avila Lf, Martínez Urrutia Mj, Garcia Meseguer C, Lopez Pereira P, Lobato R, Jaureguizar E.
Instituciones	Hospital Infantil Universitario La Paz
Texto	<p>Introducción. Los donantes marginales de cadáver representan una fuente potencial de aumentar el número total de trasplantes renales, pero estos riñones han demostrado una supervivencia significativamente menor cuando se comparan con los donantes convencionales.</p> <p>Material y Métodos. Con la idea de proporcionar una masa renal adecuada para los receptores pediátricos de mayor edad, así como mejorar la supervivencia del injerto pediátrico (menor de tres años) decidimos utilizar ambos riñones para un mismo receptor. Entre los 1998 – 2003 siete pacientes (6 varones, 1 mujer) han recibido un doble trasplante renal procedente de donante pediátrico (edad media 2,7años). La enfermedad renal primaria fue la uropatía obstructiva (2 pacientes), síndrome hemolítico urémico, esclerosis tuberosa, nefronoptosis, reflujo vesicoureteral y síndrome nefrótico. La edad de los pacientes osciló entre los 14 – 18 años y una talla media de 165,28cm (173 – 153cm). Cinco pacientes se encontraban en diálisis (tiempo medio) y en dos de ellos iba a ser su segundo trasplante. Ambos riñones se colocaron de manera secuencial en la misma fosa ilíaca (5 derechos y 2 izquierdos) primero el superior y en segundo lugar el inferior. La técnica quirúrgica ha sido similar al del trasplante único con abordaje extraperitoneal en todos. El tratamiento inmunosupresor se ha realizado con triple terapia (Mofetil Micofenolato, Esteroides, Tracolimus) e inducción con anticuerpos monoclonales.</p> <p>Resultados. El tiempo medio de isquemia fría para el primer injerto es de 18 horas y del segundo injerto de 19 horas y 20 minutos. Todos los injertos iniciaron diuresis inmediata y no se presentaron complicaciones de trombosis. En un paciente se produjo la pérdida de los injertos por recidiva de la enfermedad de base. Otro paciente presentó linfocele tras un año de evolución y se drenó por vía laparoscópica. Seis injertos están funcionando bien.</p> <p>Conclusiones. Basado en nuestra experiencia hemos podido observar que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La colocación de los dos injertos en la misma fosa ilíaca es posible y no implica mayor riesgo de complicaciones. 2. El doble implante renal de donante pediátrico menor de tres años lo consideramos una alternativa que proporciona una masa renal adecuada para alcanzar una función renal normal.

TRASPLANTE RENAL EN NIÑOS CON TROMBOSIS PREVIA DE LA VENA CAVA INFERIOR

Autores	Avila LF, Martínez Urrutia MJ, Garcia C, Lopez Pereira P, Lobato R, Jaureguizar E
Instituciones	Hospital Infantil Universitario La Paz
Texto	<p>Introducción. La trombosis venosa es una complicación que puede derivarse del uso de los catéteres centrales, pero también existen otros factores que se relacionan con ella, la coagulación intravascular diseminada (CID), la deshidratación, el tumor de Wilms y los estados de hipercoagulabilidad asociados al síndrome nefrótico.</p> <p>Material y Métodos. Presentamos cuatro pacientes en situación de enfermedad renal terminal en los que se descubrió la presencia de trombosis en la vena cava inferior, durante el estudio pretrasplante (3 pacientes) o en el tiempo de la cirugía (1 paciente). La enfermedad de base que motivó la insuficiencia renal fue la uropatía obstructiva (2 pacientes), tumor de Wilms (1 paciente) y de causa desconocida (1 paciente). La ecografía ha sido la exploración utilizada para screening de la trombosis iliocava seguido de cavografía retrograda transyugular. Ningún paciente padecía de hipercoagulabilidad ni presentaban síntomas de trombosis venosa de la cava inferior.</p> <p>Resultados. En tres pacientes el injerto renal se implantó en posición ortotópica izquierda (1 injerto de donante vivo y 2 de donante cadáver). El drenaje venoso del injerto fue establecido mediante anastomosis termino – terminal entre vena renal del injerto y cava infrahepática o vena renal nativa, previa nefrectomía nativa ipsilateral. La arteria renal del injerto fue anastomosada a la aorta (termino – lateral). En un paciente el injerto se colocó en fosa iliaca izquierda (donante vivo). Este paciente presenta una disfunción del injerto debido a que el drenaje venoso del mismo se hace en un territorio de alta presión. La supervivencia del injerto y del paciente ha sido del 100%. Los cuatro injertos están funcionando después de un tiempo medio de seguimiento de 3,7 años.</p> <p>Conclusiones.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los candidatos a trasplante renal con sospecha de obstrucción venosa en la ecografía deben ser estudiados por venografía retrograda y hacer el diagnóstico antes del trasplante para una planificación del acto quirúrgico.2. Los pacientes con trombosis iliocava pueden ser trasplantados con éxito si se colocan ortotópicamente.

SESION CIENTIFICA II

Tema Urología: moderadores Dr. J. Castejon Casado, Dr. Alvarez Zapico,
Dr. Nuncio de Chiara

¿PUEDE PREDECIRSE URODINÁMICAMENTE EL COMPORTAMIENTO VESICAL TRAS LA COLOCACIÓN DE UN ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL?

Autores	I Somoza, LF Ávila, P López-Pereira, MJ Martínez-Urrutia, R Lobato, E Jaureguizar
Instituciones	Departamento de Cirugía Pediátrica. Unidad de Urología. Hospital Infantil "La Paz". Madrid. España.
Texto	<p>Introducción: La efectividad de los estudios urodinámicos (EUD) prediciendo los cambios de comportamiento vesical tras la inserción de un esfínter urinario artificial (AUS) continúa siendo controvertida.</p> <p>Material y Métodos: 27 AUS fueron implantados en 26 pacientes con incompetencia esfinteriana neurógena (edad media 14.4 a). Preoperatoriamente se realizó estudio del tracto urinario superior y EUD completo en todos los pacientes. 17 pacientes fueron subsidiarios de implantación de AUS sin ampliación vesical y 9 recibieron enterocistoplastia previamente (2) o al mismo tiempo (7). 18 pacientes (69%) realizaban cateterismos intermitentes (CIC) previo a la cirugía.</p> <p>Resultados: El tiempo medio de seguimiento fue de 6.2 años (R=1.1-9.5). En todos los casos se realizaron evaluaciones periódicas del tracto urinario y estudios urodinámicos. En 3 pacientes el sistema fue retirado por erosión uretral (t. medio: 23.4 meses) y en un paciente se realizó reemplazamiento de su AUS. Todos los pacientes, excepto 2, requirieron CIC tras la implantación del sistema. Seis pacientes (35%) en los que se había realizado únicamente implantación de AUS requirieron enterocistoplastia posteriormente. Tres de ellos con buena compliance vesical preoperatorio mostraron disminución de la compliance (disminución media: 59%) y deterioro del tracto urinario superior tras 23 meses de seguimiento medio con el esfínter. Los otros 3 pacientes, con compliance normal con tratamiento anticolinérgico preoperatorio, presentaron un empeoramiento de la compliance del 20% e incontinencia urinaria. Los 23 pacientes (88.4%) actualmente portadores de AUS se presentaban totalmente continentes en el último control.</p> <p>Conclusiones: El comportamiento vesical puede cambiar tras la implantación de un AUS y esto ocurre generalmente durante los dos primeros años. Los pacientes con buena compliance vesical preoperatorio son más susceptibles de presentar inesperados cambios de comportamiento vesical. Todos los pacientes portadores de AUS requieren un seguimiento exhaustivo y a largo plazo.</p>

**ABORDAJE LAPAROSCOPICO EXTRAVESICAL EN EL REFLUJO VESICO-URETERAL.
REPORTE PRELIMINAR (video)**

Autores	Riquelme M, Rodriguez C, Lozano F.
Instituciones	Hospital San Jose Tec de Monterrey Monterrey N.L. Mexico
Texto	<p>INTRODUCCIÓN.- Tradicionalmente las técnicas quirúrgicas empleadas en la correccion del reflujo han sido abiertas, y de ellas las intravesicales como el Cohen sigue siendo la mas practicada en todo el mundo.Se presenta la tecnica empleada en la correccion del reflujo vesico-uretarl primario mediante abordaje laparoscopico extravesimal.</p> <p>MATERIAL Y METODO.-Se practica correccion del reflujo vesico-ureteral primario en 11 pacientes y 15 unidades con reflujo grado II y III utilizando un abordaje laparoscopico extravesimal .Las edades fueron de 2-5 años.Para el abordaje se utilizaron tres trocars de 5 mm.Se disecan los últimos tres cms del uretero afectado hasta su inserción con la vejiga, se corta lateralmente el musculo de la vejiga dejando intacta la mucosa para posteriormente sepultar el uretero entre el detrusor en una longitud de 1.5 cms. No se dejaron ferulados los ureteros, ni sonda de cistostomia.Los pacientes se externaron en las siguientes 48 hs.</p> <p>RESULTADOS.- En todos los pacientes se pudo corregir el reflujo vesicoureteral lo cual se corrobora por medio de un cistograma miccional transoperatorio inmediato.No se presentó hematuria importante en el postoperatorio.El seguimiento ha sido a 2 anos.</p> <p>DISCUSIÓN.- El abordaje laparoscopico del reflujo demostro ser una tecnica eficaz en la correccion del reflujo vesico-ureteral.</p>

EVOLUCIÓN DEL REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO EN 378 PACIENTES

Autores	Martínez Urrutia Mj, Avila Lf, Espinosa L, Lopez Pereira P, Lobato R, Jaureguizar E.
Instituciones	Hospital Infantil Universitario La Paz
Texto	<p>Introducción. Revisamos la evolución del RVU primario para evaluar la desaparición espontánea y adecuar nuestro protocolo de tratamiento.</p> <p>Material y Métodos. Estudiamos retrospectivamente 328 pacientes (142 varones 186 mujeres) diagnosticados de RVU primario y que al menos tenían una cistografía (CUMS) de control tras el diagnóstico (tiempo medio entre ambas CUMS $2,28 \pm 0,63$ años).</p> <p>Resultados. La edad media de diagnóstico fue de $1,7 \pm 2,38$ años (0,01 – 12,25 años). El motivo de diagnóstico fue la infección del tracto urinario en 287 (87,5%), seguido de la ectasia calicial. El RVU fue unilateral en 115 y bilateral o a riñón único en 213. En 284 el grado máximo de RVU era II o III y en 44 grado IV. El tiempo medio de seguimiento ha sido $6,38 \pm 3,44$ años (1,07 – 17 años). De los 277 niños no intervenidos el RVU desapareció espontáneamente en 255 a una edad media = $4,6 \pm 2,91$ años (1,16 – 14,54 años), el 68% por debajo de los 5 años. Por diferentes motivos, se ha realizado cirugía en 72 pacientes. Encontramos diferencias significativas en la evolución de los pacientes diagnosticados antes de un año con el resto de los grupos ($p < 0,05$) pero no entre los grupos de 1 – 3 años, 3 – 5 años o mayores de 5 años. Cuando comparamos los pacientes con RVU unilateral con los bilaterales, encontramos una diferencia significativa ($p=0,0012$) en la probabilidad de persistencia de RVU tras la primera CUMS de control, 23% en el primer grupo frente al 40% del segundo grupo respectivamente. En los unilaterales no encontramos diferencias en los RVU grado II y III con una probabilidad de persistencia del 19% tras la primera CUMS en ambos casos, pero si la encontramos con relación al grado IV en que la persistencia es del 73% ($p=0,005$). En el RVU bilateral valoramos el máximo grado de reflujo y seguimos sin encontrar diferencias entre los grados II y III, con persistencia del reflujo del 33% y 37% respectivamente, pero también existe diferencia con el grado IV que persiste en el 73% tras la primera CUMS de control ($p < 0,0005$).</p> <p>Conclusiones.</p> <ol style="list-style-type: none">1. El RVU bilateral tiene menor probabilidad de desaparición espontánea.2. El manejo del RVU grado II y III debe ser el mismo ya que la probabilidad de desaparición es igual para ambos grados.3. El tratamiento del RVU de alto grado debe recibir una consideración diferente.

HEMINEFRECTOMIA POR RADIOFRECUENCIA CON SUERO SALINO (video)

Autores	González J, Fernández MS, Pisón J, Martínez A.
Instituciones	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
Texto	<p>OBJETIVOS: La nefrectomía parcial es un procedimiento complejo tanto en cirugía abierta como laparoscópica y requiere cortar el parénquima renal que, aunque adelgazado en la mayoría de las duplicidades renales, no está exento de riesgo de hemorragia y fuga urinaria. Para minimizar el sangrado de la superficie de corte renal se han descrito múltiples técnicas: clampaje del hilio, torniquetes renales en forma de lazos o clamps, enfriamiento renal, bisturí armónico, coagulación por radiofrecuencia, jet de agua, microondas o láser de diferentes tipos. Presentamos en éste vídeo nuestra experiencia con un nuevo dispositivo que utiliza energía de radiofrecuencia aumentada mediante la instilación continua de suero salino (TissueLink FB3.0™ floating ball, TissueLink Medical, Inc.).</p> <p>MATERIAL Y METODOS: Realizamos en 3 lactantes de edades comprendidas entre los 3 y 6 meses de edad, heminefroureterectomías por presentar duplicidades del tracto urinario sintomáticas, con anulación funcional del hemirriñón polar (dos ureteroceles, una ectopia ureteral). La precoagulación del tejido renal que proporciona el TissueLink Floating ball previo a la transección del parénquima renal permite la ejecución de heminefrectomías rápidas, controladas y exangües.</p> <p>RESULTADOS: No hubo complicaciones intra ni postoperatorias, tales como hemorragia renal, hematomas retroperitoneales o abscesos. Ningún paciente requirió drenaje de la celda renal en el postoperatorio, siendo dados de alta a las 24 horas del procedimiento quirúrgico.</p> <p>CONCLUSIONES: La infusión continua de suero salino del TissueLink FB3.0™ floating ball coagula y enfría el tejido de corte, manteniendo la temperatura tisular inferior a los 100°C, lo que impide la quemadura tisular y la formación de escaras, efectos secundarios del electrobisturí convencional que puede causar hemorragia tardía del parénquima renal. Esta técnica proporciona una hemostasia segura tanto en heminefrectomías abiertas como laparoscópicas, así como en resecciones parciales renales</p>

DETERMINACIÓN DE FUNCIÓN RENAL Y CAMBIOS COMPENSADORES EN NIÑOS CON RIÑÓN ÚNICO

Autores	B. Nieto; M.J. Martín-Aguado; J. Verdú; A. Canals; M.E. Martín; N. Garramone
Instituciones	Hospital General Univ. de Alicante. Hospital Clínico Univ. de San Juan de Alicante
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: La reducción de la masa renal puede conducir a cambios funcionales en el riñón remanente. Esta evidencia nos movió a revisar a 40 pacientes monorrenos y determinar su riesgo de hiperfiltración por medio del seguimiento de: función renal, tensión arterial, proteinuria, volumen renal y somatometría.</p> <p>MATERIAL Y METODOS: Se estudiaron 24 varones y 16 mujeres, de edades comprendidas entre 1 y 13 años. Las causas de la monorrenia fueron: Displasia multiquística en 14 casos, agenesia renal en 9, displasia quística en 4, hidronefrosis severa en 5, reflujo vesico-ureteral grave en 4 y tumor de wilms en 4. Se separaron en dos grandes grupos: I.- Riñón no funcionante congénito, 27 casos y II.- Nefrectomizados después del primer año de vida tras anulación funcional progresiva. El tiempo de seguimiento fué de 1 a 11 años (media 6,1 años) en el grupo I y de 6 meses a 8,5 años (media 4,26 años) en el grupo II.</p> <p>Se controló el peso, la talla y la tensión arterial de todos los pacientes. Se determinaron parámetros de función glomerular (clearance de creatinina, gammagrafía renal), excreción urinaria de proteínas, volumen renal y se consideró la presencia de patología en el remanente.</p> <p>RESULTADOS: El peso y la talla se encontraron en percentiles normales. La tensión arterial se encontró elevada en 5 pacientes (13%): 4 con displasias y 1 con tumor de Wilms. Las cifras de creatinina fueron normales excepto en un caso con remanente gravemente afectado. El aclaramiento de Cr se pudo realizar en 33 pacientes y resultaron elevados de forma general: en el grupo I el promedio fué de 138 ± 27 ml/min/1,73m² y el grupo II fué de 132 ± 33 ml/min/1,73m².</p> <p>La excreción urinaria de proteínas fué positiva en dos casos. El promedio del grupo I fué $4,56 \pm 5$ mgr/m²/d y del grupo II $9,46 \pm$ mgr/m²/d.</p> <p>El volumen renal fué similar en ambos grupos, y siempre elevado: Grupo I.- $161 \pm 23\%$ y grupo II $164 \pm 29\%$.</p> <p>El estudio gammagráfico evidenció una ectasia sin obstrucción en 87% del total de pacientes, con unos niveles de filtrado glomerular en el grupo I de 12 ± 24 ml/min/1,73 m² y en el grupo II de 127 ± 22 ml/min/1,73m².</p> <p>El riñón remanente presentó patología en 4 casos del grupo I y en 3 del grupo II, siendo el reflujo y la hidronefrosis las más frecuentes</p> <p>CONCLUSIONES: La hipertensión no se relacionó con el origen de la monorrenia (no predominó en uno de los grupos), ni con la patología del riñón remanente. El aclaramiento de creatinina no resultó un parámetro eficaz de medición de la función de estos riñones solitarios, debido a una excreción elevada de creatinina en orina, siendo más fiable la valoración por isótopos del filtrado glomerular. El volumen renal no se asoció al tiempo de seguimiento post-nefrectomía ni a la edad en que se realizó la misma. Las anomalías del riñón remanente no se asociaron a una causa concreta de monorrenia, ni presentaron alteraciones asociadas en los parámetros que se evaluaron</p>

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS URETEROCELES EN EDAD PEDIÁTRICA: ¿EFECTIVO A LARGO PLAZO?

Autores	García Saavedra S, Peláez Mata D, Álvarez Zapico JA
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Central de Asturias. Oviedo.
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: El ureterocele es la dilatación quística del uréter distal. Puede no dar problemas o provocar obstrucción, reflujo, incontinencia y hasta daño renal. Tiene un amplio espectro de presentación, anatomía y patofisiología y cada niño con este problema debe ser enfocado individualmente cara al tratamiento, que busca la preservación de la función renal. Se ha utilizado nefrectomía polar y ureterectomía, ureteropielostomía o ureteroureterostomía, excisión con neoureterocistostomía y marsupialización. Pero hay un interés creciente por el tratamiento endoscópico pues supone la forma menos invasiva de intervención. Se intentará hacer distal y cerca de la pared vesical para evitar un reflujo posterior, que también puede ser tratado endoscópicamente. Pocos trabajos hablan de los resultados a largo plazo.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODO: Desde que en 1995 se introdujo esta técnica en el Servicio se le aplica a 15 pacientes. Se revisa el sexo, la edad, la forma de presentación y de diagnóstico, el tipo de ureterocele, el motivo de cirugía y el seguimiento postoperatorio.</p> <p>RESULTADOS: La media de edad en el momento de la intervención es de 1 año y 4 meses, rango 1 semana-8 años. El diagnóstico se realiza por detección ecográfica prenatal de hidronefrosis en el 53% de los casos y por estudio postinfección del tracto urinario en el 40%. El ureterocele es derecho en el 66% y bilateral en el resto. El 53% de los niños presentan un doble sistema y el 47% único. La indicación de intervención es obstructiva en el 66% y reflujo vésico-ureteral en los demás casos. Se realiza destechamiento en los dos primeros casos y perforación en el resto. El seguimiento se realiza durante 4 años de media, rango 7 meses-7 años. En este tiempo 2 ureteroceles precisan una segunda perforación. Siete presentan reflujo, tratado con quimioprofilaxis en 2 y antirreflujo endoscópico en los otros: 3 efectivos con el primero, 1 con el segundo y 1 pendiente de segunda inyección y/o otra actitud. En una niña se realizó heminefrectomía polar superior.</p> <p>CONCLUSIONES O COMENTARIO: El tratamiento endoscópico del ureterocele evitó la cirugía abierta en prácticamente todos los pacientes. Se precisó tratamiento antirreflujo en el 36% de los casos que también fue mínimamente invasivo. Un paciente necesitó heminefrectomía y en otro se valora esta actuación.</p>

VAGINOPLASTIA CON SIGMA: A PROPÓSITO DE 5 CASOS.

Autores	M. Asensio, C. Piró, J. Martín, E. Ormaechea, C. Giné, E. Chicaizza.
Instituciones	Urología pediátrica. Depto Cirugía pediátrica. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.
Texto	<p>INTRODUCCIÓN. La agenesia vaginal es una rara anomalía congénita, que ocurre en cinco de cada diez mil nacimientos. La etiología más frecuente incluye diferentes defectos en el desarrollo de los conductos Mullerianos como el síndrome de Mayer-Rokitansky y algunos casos de estados intersexuales. Para la creación de vagina en estas pacientes se han utilizado diferentes tejidos sin que ninguno pueda considerarse ideal. En nuestro grupo hemos elegido el colon sigmoide para crear una vagina funcionalmente adecuada.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODO. Se presentan 5 pacientes con agenesia vaginal. 2 casos con síndrome Mayer-Rokitansky que consultaron por amenorrea primaria en la pubertad. Las otras 3 pacientes fueron diagnosticadas durante el estudio de su ambigüedad sexual. Las 2 pacientes con síndrome de Rokitansky presentaban un cariotipo 46XX, analítica hormonal normal y ecografía y RNM que confirmaban la ausencia de vagina. Los otros 3 casos tenían un cariotipo 46XY, 2 se debían a una resistencia parcial a andrógenos y el otro caso se debía a un déficit de 5 alfa-reductasa. Practicándose en las 3 gonadectomía bilateral y clitoridectomía parcial en los primeros años de la vida.. En los cinco casos se realizó vaginoplastia con sigma según técnica de Baldwin, en edades comprendidas entre 15 a 20 años. El seguimiento oscila entre 1 y 16 años.</p> <p>RESULTADOS. No hubo problemas durante el postoperatorio inmediato en ningún caso, con una estancia hospitalaria de diez días, sin presentar complicaciones. El aspecto de los genitales externos es normal. Se consiguió una vagina de calibre, longitud y lubricación adecuada, sin retracciones durante el seguimiento en todos los casos. Dos de ellas mantienen relaciones sexuales sin problemas.</p> <p>CONCLUSIONES. Consideramos que la vaginoplastia con sigma es la mejor opción en los casos de agenesia vaginal porque consigue una vagina amplia, sin retracciones y con lubricación adecuada para mantener una correcta relación sexual, exenta de complicaciones en nuestra experiencia.</p>

FUNCIÓN RENAL SUPRANORMAL EN LA ESTENOSIS PIELOURETERAL CONGÉNITA

Autores	Rosa M. Romero, Carmen Duran*, Juan Carlos Alonso*, Francisco Arrojo
Instituciones	Sección de Urología Infantil, Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón.*Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Gregorio Marañón
Texto	<p>INTRODUCCIÓN</p> <p>El manejo de la estenosis congénita de la unión pieloureteral (EPU) es complejo debido a que el diagnóstico de obstrucción es difícil de establecer antes de que se produzca un deterioro de la función renal. Estudios recientes han demostrado que la función renal supranormal puede ser debida a obstrucción. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar la presencia de valores supranormales en riñones hidronefróticos debidos a EPU y su disminución tras la corrección quirúrgica.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS</p> <p>Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes tratados quirúrgicamente por EPU unilateral desde enero de 1997 hasta octubre del 2003, excluyendo todos aquellos niños que presentaban alguna otra anomalía genitourinaria. Se incluyeron para el estudio el grado de hidronefrosis y el grosor del parénquima determinados mediante ecografía, tanto prenatal como postnatal. Registramos para el análisis la función renal diferencial y el patrón de la curva obtenidos mediante renograma diurético con mercaptoacetyltriglicina (MAG 3), de forma evolutiva, tanto preoperatoria como postoperatoria.</p> <p>Analizamos la presencia de función renal supranormal en el riñón hidronefrótico, definido por una función renal diferencial (FRD) mayor del 55%, y la evolución postoperatoria de la misma.</p> <p>RESULTADOS</p> <p>Desde enero de 1997 hasta octubre del 2003 veinte pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por EPU unilateral, siendo la distribución por sexos de 16 niños y 4 niñas. La edad media de los pacientes en el momento de la intervención fue de 17 meses, con un tiempo medio de seguimiento de 30 meses. La localización de la EPU fue en 10 casos derecha y en 10 izquierda. Catorce niños tenían diagnóstico fetal de hidronefrosis, con un rango en los diámetros anteroposteriores de las pelvis renales en la ecografía postnatal entre 13 y 40 mm, con una media de 26 mm. En los 20 casos las curvas del renograma tenían un patrón obstructivo. Seis pacientes presentaron FR supranormal, en cinco de ellos había disminución del grosor del parénquima en la ecografía, con un diámetro anteroposterior medio de las pelvis de 29 mm (40-18mm). Todos los pacientes con FR supranormal fueron diagnosticados prenatalmente de hidronefrosis congénita. En la evolución postoperatoria de estos pacientes se produjo una disminución de la captación del riñón intervenido en todos los casos, llegando a valores normales.</p> <p>CONCLUSIONES</p> <p>Los pacientes EPU y función renal supranormal en el estudio con MAG 3 presentaron una disminución del grosor del parénquima renal determinado mediante ecografía. La resolución de la obstrucción conllevó la normalización de los valores supranormales.</p>

**LITIASIS CORALIFORME BILATERAL:
TRATAMIENTO MEDIANTE LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA CON ONDAS DE CHOQUE (poster)**

Autores	I Somoza, S Novás*, J Liras, A Sánchez-Abuín, R Méndez, MG Tellado, J Ríos, E Pais, D Vela
Instituciones	Servicios de Cirugía Pediátrica y Urología*. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.
Texto	<p>Introducción: La litiasis coraliforme se presenta en menos del 20% de los pacientes pediátricos con litiasis renal. En adultos el tratamiento generalmente es una combinación de nefrolitotomía extracorpórea y Litotricia Extracorpórea de Ondas de Choque (LEOC), o bien cirugía abierta convencional; no recomendándose la LEOC como tratamiento único por su bajo porcentaje de curación y sus complicaciones. Sin embargo, se han demostrado mayores índices de curación con LEOC en pacientes pediátricos. El manejo de la litiasis coraliforme en niños continúa siendo controvertida, así como la colocación de doble J ureterales profilácticos durante el tratamiento.</p> <p>Casos clínicos: Presentamos los casos clínicos de dos pacientes tratados durante los últimos dos años únicamente con LEOC con DORNIER MFL 5000.</p> <p>Caso 1: Paciente varón de 10 años con historia desconocida (inmigrante saharahui) pero con antecedentes de cólicos nefríticos. Remitido a nuestra consulta tras el hallazgo ocasional de litiasis renal. Las pruebas de imagen evidenciaron litiasis coraliforme incompleta izquierda y ausencia de otras anomalías urológicas asociadas. La gammagrafía renal (DMSA) muestra hipofunción del riñón izquierdo (RI) con una función renal diferencial (FRD) de 42%. Tras colocación de doble J ureteral fue sometido a 3 sesiones de LEOC con anestesia general en el período de 5 meses. El número de ondas osciló entre 2500 y 3000 por sesión, con un total de 8500 ondas, y una potencia máxima de 14 kV, realizándose protección periférica. Las pruebas de imagen mostraron desaparición de los cálculos y mantenimiento de la FRD en el DMSA.</p> <p>Caso 2: Paciente varón de 12 años remitido a nuestra consulta por ITUs de repetición. Las pruebas de imagen mostraron litiasis coraliforme bilateral con hipofunción de RD y nefropatía polar izquierda FRD: RD 28%, RI 72%, sin otras anomalías asociadas. Se realizó colocación de doble J en ambos uréteres. Preciso 2 sesiones de LEOC en RD con un total de 6500 ondas y una potencia máxima de 14 kV. El riñón izquierdo precisó 5 sesiones de LEOC con un total de 14000 ondas a igual potencia. Tras las sesiones que se prolongaron por 10 meses se demostró ausencia de litiasis y se realizó retirada de doble J. El DMSA de control mostró una FRD: RD 33% y RI 67%.</p> <p>Conclusiones: Los pacientes pediátricos con litiasis coraliforme pueden ser tratados con LEOC monoterápico con buenos resultados. El menor volumen corporal de los niños, que proporciona mayor transmisión de las ondas de choque, asociado a la mayor fragilidad de sus cálculos, los hace más sensible a LEOC que los adultos. La colocación de dobles J ureterales durante el tratamiento previene la aparición de complicaciones obstructivas. Los pacientes tratados con LEOC requieren un estricto seguimiento de la función renal.</p>

MATRICECTOMÍA QUÍMICA CON FENOL COMO TRATAMIENTO DE LA ONICOCRIPTOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA (video)

Autores	Alberto Sánchez Abuín, Iván Somoza, Jorge Liras, Roberto Méndez, Manuel G. Tellado, Ernesto Pais, Diego Vela
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.
Texto	<p>Antecedentes y Objetivos: Las uñas encarnadas (onicocriptosis) causan en población pediátrica dolor, repercutiendo en el ritmo escolar y son causa frecuente de atención en urgencias. Existen tratamientos conservadores con alto porcentaje de fracasos, procedimientos intervencionistas (crioterapia) y técnicas quirúrgicas con malos resultados estéticos. Proponemos la matricectomía química con fenol como técnica de elección. Es una técnica simple, barata, rápida, poco dolorosa, con escasas complicaciones, bajo porcentaje de recidivas y excelente resultado estético.</p> <p>Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 26 unidades ungueales operadas del año 2001-2003 en nuestro hospital. Seguimiento postoperatorio durante 6 meses. La técnica consiste en tras anestesia troncular e isquemia con torniquete de goma del dedo afecto, cortar con una cizalla el segmento lateral de la lámina ungueal enclavado, con un ancho de 2 mm. A continuación se efectúan 3 aplicaciones de 1 minuto con hemostetas impregnadas en solución fenol al 89% bajo el pliegue ungueal proximal expuesto. Posteriormente se lava con suero y se venda el dedo con tul graso y povidona pomada, con un buen almohadillado de crepé.</p> <p>Resultados: Ausencia de complicaciones postquirúrgicas en el 100% de los casos. Incorporación a la vida escolar casi inmediata (1-2 días). Mínima incapacidad funcional. No tenemos constancia de recidivas hasta la fecha. El postoperatorio fue indoloro en el 100% de los casos.</p> <p>Conclusiones: Consideramos que la matricectomía química con fenol, por su ausencia de complicaciones, por tratarse de un procedimiento fácilmente reproducible, barato, seguro, rápido y por la baja repercusión en el ritmo escolar debe considerarse el tratamiento ambulatorio de elección para el tratamiento de la uña encarnada(onicocriptosis)</p>

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG MEDIANTE DESCENSO ENDORRECTAL CON ABORDAJE TRANSANAL. EXPERIENCIA EN 10 CASOS.

Autores	Montalvo García J A, Ibáñez Pradas V , Sancho-Miñana J, Mulet Ferragut J F, Sancho Cerquella V.
Instituciones	Hospital General de Castellón, Clínica Casa de Salud Valencia, Hospital de Son Dureta Palma de Mallorca, Hospital 9 de Octubre Valencia, ESPAÑA.
Texto	<p>Introducción: Durante los últimos años se venido utilizando con éxito el descenso endorrectal mediante abordaje transanal en el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung descrita por De La torre. Revisamos nuestra experiencia en 10 casos.</p> <p>Material y Métodos: Durante los últimos 2 años y medio se han intervenido en diferentes centros 10 pacientes (6 niñas y 4 niños) de edades comprendidas entre los 5 y los 9 meses. 2 presentaban enfermedad de Hirschsprung de segmento muy corto (rectal), 4 de ellos rectosigmoideo bajo o medio, 3 recto sigmoideo alto y uno de colon descendente. Los pacientes fueron diagnosticados clínica, radiológicamente mediante enema opaco y biopsia rectal en 2 de los casos. Todos ellos fueron manejados mediante lavados rectales con sonda hasta el momento de la intervención aunque tres de ellos precisaron ingreso por retención fecal. En un caso se precisó la práctica de laparotomía para completar el descenso del colon, uno de ellos presentó dehiscencia de hemisutura rectal posterior que precisó reconstrucción quirúrgica. En uno de los casos se precisó remodelaje del colon para la práctica de la anastomosis coloanal. No hubo otras complicaciones. Los niños permanecieron una media de 7 días en los centros hospitalarios excepto en uno de los casos. El eritema del pañal asociado al aumento del número de deposiciones es el efecto más frecuentemente observado durante el primer mes desde la intervención. Tres de ellos precisaron dilataciones anales durante un máximo de 4 meses para contención de la fibrosis de la sutura coloanal. Todos los pacientes presentan un ritmo deposicional posterior dentro de la normalidad sin tratamiento coadyuvante excepto en uno de los casos que ha precisado ingreso por retención fecal.</p> <p>Conclusión: En nuestra experiencia el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung mediante la técnica de De La Torre es de elección en los pacientes que presenten enfermedad de Hirschsprung de segmento rectal y rectosigmoideo pues minimiza la agresión quirúrgica y las complicaciones postoperatorias normalizando la vida de estos niños.</p>

FUNDUS GASTRICO TUBULIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ATRESIAS DE ESOFAGO

Autores	Uroz Tristan J., Beltrá Picó R., Hernandez Castelló C., Santana Ramirez R.
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias
Texto	<p>Introducción. Cuando resulta imposible restablecer la continuidad esofágica en las atresias de esófago (AE), el ascenso del estómago sólo y/o tubulizado y la interposición de colon son las técnicas más realizadas, normalmente a partir de los 6 meses de edad, en varios tiempos y con alta morbilidad, larga estancia hospitalaria y alto coste social, familiar y económico.</p> <p>Hemos tratado a tres niños con AE, de un total de 34 AE diagnosticadas en un periodo de 11 años, tubulizando el fundus gástrico, con suturas mecánicas, en continuidad con el cabo distal esofágico.</p> <p>CASOS CLINICOS: Presentamos tres recién nacidos con AE (Tipo III, Tipo I, Tipo II) intervenidos mediante éste procedimiento, a los 2 meses, 12 días y 7 días de edad, con pesos entre 1600 y 2600 gramos, mediante abordaje tóraco-abdominal. Al paciente de 2 meses se le había realizado una toracotomía y gastrostomía previa a las pocas horas de vida, a los otros dos sólo gastrostomía. Se añadió una piloroplastia, y una plastia antirreflujo gastroesofágico, en el mismo tiempo, a los dos últimos pacientes. En los tres niños se suprimió la gastrostomía durante el procedimiento.</p> <p>Al primer paciente se le practicó una plastia antirreflujo a los 8 meses de edad y a los 14 meses una gastrostomía temporal por problemas de deglución.</p> <p>Todos los pacientes han requerido dilataciones neumáticas de la anastomosis.</p> <p>Tras un seguimiento de 11 años, 8 años y 6 meses respectivamente, el estado general de los pacientes es satisfactorio, sin problemas de deglución, y con desarrollo pondoestatural dentro de los límites previsibles.</p> <p>Conclusión. Creemos que este tipo de neoesófago es útil para tratar las AE de segmento largo en neonatos al emplazar un tubo esófago-gástrico ortotópicamente de calibre homogéneo en continuidad isoperistáltica en período neonatal y en un solo tiempo, prescindiendo de la gastrostomía realizada a las pocas horas de vida, consiguiendo una importante reducción de la morbilidad y estancia hospitalaria.</p>

TRATAMIENTO TORACOSCÓPICO DEL EMPIEMA PLEURAL.

Autores	M. López, J. Antón-Pacheco, A. García, I. Cano, D. Cabezalí, Ml. Benavent.
Instituciones	Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
Texto	<p>Introducción: El empiema pleural es una complicación del 0,6-2% de las neumonías en la edad pediátrica. Existen diferentes formas de tratamiento; la selección del tipo más adecuado, y la secuencia de procedimientos terapéuticos, es motivo de controversia. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento toracoscópico del empiema pleural.</p> <p>Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes con empiema (estadio 2 y 3) tratados mediante toracoscopia, en nuestro servicio, en el periodo 1998-2003. Hemos distinguido dos subgrupos: 1/Pacientes tratados con toracoscopia primaria (sin tubo de drenaje pleural previo); y 2/ Pacientes tratados con toracoscopia secundaria (con tubo pleural previo). Se han comparado los siguientes parámetros: Duración de la antibioterapia; desaparición de la fiebre; y tiempo de ingreso total.</p> <p>Resultados: Veinticuatro pacientes, 13 niños (55%) y 11 niñas (45%), han sido tratados en el periodo de estudio, con una edad media de 4,3 años. Las pruebas de imagen han sido: radiografía de tórax (100% de los casos), ecografía en 22 pacientes (91%) y TC en 7 (29%). Doce pacientes (50%) han sido tratados mediante toracoscopia primaria y otros 12 con toracoscopia secundaria. Los resultados de los parámetros analizados, expresados en media aritmética de días, en estos dos grupos son: Antibioterapia (21/24); duración fiebre (4,7/ 7,1); ingreso (18,4/27,3). Dos pacientes (8,3%) han presentado complicaciones (neumotórax persistente) y el resultado final ha sido satisfactorio en los 24 casos.</p> <p>Discusión: Aunque el tamaño de la muestra no permite sacar conclusiones estadísticamente significativas, creemos que la toracoscopia primaria precoz es un procedimiento seguro que ofrece ventajas sobre la toracoscopia diferida con tubo de drenaje pleural previo.</p>

ECOGRAFIA ANORRECTAL: APLICACIÓN EN LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LAS ANOMALÍAS ANORECTALES. ESTUDIO PRELIMINAR.

Autores	López-Alonso M*, De la Portilla F**, Hernandez-Orgaz A*
Instituciones	* Cirugía Pediátrica HUI "Virgen del Rocío" ** Unidad de Coloproctología H Juan Ramón Jiménez (Huelva)
Texto	<p>La ecografía anorrectal es una exploración poco invasiva y bien tolerada, con un alto grado de fiabilidad, ya demostrada en el diagnóstico de las enfermedades anorrectales del adulto. La utilización de una sonda de 360 grados dentro del canal anal, nos permite obtener imágenes en tiempo real del complejo muscular a distintos niveles. La aplicación en pediatría hasta la fecha ha sido muy limitada.</p> <p>El objetivo de nuestro trabajo fue analizar su utilidad en pacientes pediátricos.</p> <p>Material y método: Para ello diseñamos un estudio caso/control con 6 pacientes con estreñimiento crónico (controles) de edad media $6,11 \pm 3,79$ años; peso $22,29 \pm 3,81$ Kg y talla $115,5 \pm 24,57$ cm. Once con anomalías anorrectales altas corregidas (casos) de edad $15,30 \pm 3,66$ años; peso $54,35 \pm 20,89$ Kg. y talla $158,45 \pm 9,61$ cm. Empleamos un ecógrafo B&K medical (Dinamarca) modelo 3535, con sonda 1850 que incorpora un transductor giratorio de 10 Mhz. Evaluamos: conformación ecográfica del canal, existencia de defectos esfinterianos, localización y cierre dinámico del canal anal. Hemos completado la exploración con el análisis subjetivo del grado de incontinencia mediante el test de Wexner.</p> <p>Resultados: En todos los controles hemos evidenciado la anatomía ecográfica típica del canal anal descrita en el adulto, en ninguno hemos visto defecto esfinteriano y la contracción dinámica ha sido normal.</p> <p>En los pacientes con anomalías congénitas hemos comprobado la existencia de defectos musculares en todos menos un paciente. La localización del defecto ha sido predominantemente en el canal medio bajo anterior y en cinco la contracción dinámica fue deficiente. Estos datos se correspondieron con la valoración clínica aplicando el test de Wexner.</p> <p>Conclusiones: Creemos que la ecografía endoanal es un método escasamente invasivo, bien tolerado que permite en la misma consulta en pocos minutos y de forma inmediata, una información objetiva del complejo muscular en los pacientes con anomalías anorrectales</p>

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FISTULA TIROIDEA PIRIFORME (video)

Autores	Gutierrez C, Roca A, Esteban M.J., Garcia Khun R, Hernandez E, Ayuso L
Instituciones	Hospital Materno-Infantil "La Fe" Valencia
Texto	<p>Introducción La fístula del seno piriforme (FSP) ocasiona un proceso infeccioso cervical muy poco frecuente y a menudo con dificultades diagnósticas y terapéuticas. Presentamos el abordaje quirúrgico utilizado en nuestro servicio</p> <p>Material y métodos: En nuestro centro se han intervenido 4 niños con FSP, con edades comprendidas entre los 4 y 12 años. Los dos últimos operados por cirujanos pediátricos</p> <p>Resultados En todos los casos se presentó una tiroiditis supurativa izquierda. El diagnóstico se confirmó con contraste baritado en exploración dinámica. Caso 1: No se visualiza la fístula. Evolución favorable Caso 2: Si se liga y secciona la fístula. Evolución favorable Caso 3: Si se liga y secciona la fístula. Evolución favorable Caso 4: No se ve la fístula en la primera intervención, Evolución con 8 episodios de absceso cervical. En la segunda intervención se logra tratar la fístula y la evolución es favorable Los casos 3 y la segunda intervención del caso 4 fueron operados por nuestro servicio, con la misma técnica Técnica quirúrgica: Cervicotomía transversa, disección del absceso que afecta al tejido celular subcutáneo que no comunica no el tiroides. Movilización del lóbulo izquierdo tiroideo y localización del trayecto fistuloso desde glándula tiroides al cartilago tiroides, atravesándolo hasta el seno piriforme. El trayecto se disecciona, liga y secciona, cerrando con un punto el orificio cartilaginoso y sellando el defecto con Tissucol.</p> <p>Conclusiones: La clave es la adecuada movilización del tiroides. Los errores quirúrgicos pueden ser consecuencia de seguir la disección del absceso cervical, ya que este no comunica con la glándula tiroides. Creemos que es necesario un cambio en el concepto de esta patología y proponemos la denominación de fístula tiroidea piriforme.</p>

CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL INTERSEXO: NUESTRA EXPERIENCIA

Autores	Recamán M, Bonet B, Enes C, Cidade Rodrigues J.
Instituciones	Hospital Maria Pfa. Oporto. Portugal.
Texto	<p>Introducción El término intersexo hace referencia a aquellos niños que generalmente presentan unos genitales externos ambiguos o fenotipo normal pero con problemas en la pubertad. Es fundamental una asignación del sexo precisa, que reduzca la ansiedad familiar al mismo tiempo que establezca el origen del problema. Estas anomalías se dividen en tres grandes grupos: pseudohermafroditismo masculino, pseudohermafroditismo femenino y síndrome de gónadas disgenéticas. El objetivo de nuestro trabajo fue con nuestra experiencia evaluar el rol de la cirugía minimamente invasiva en el diagnóstico y tratamiento del intersexo.</p> <p>Material y métodos Desde Enero de 2001 hasta Diciembre de 2003, 9 niños con intersexo fueron sometidos a laparoscopia diagnóstica vs. Tratamiento, después de una exploración clínica, radiológica, cariotipo y función hormonal.</p> <p>Resultados 6 niños fueron diagnosticados con disgenesia gonadal (1 hermafroditismo verdadero) y 3 con pseudohermafroditismo masculino (síndrome de insensibilidad a los andrógenos-2 casos y déficit de 5 α reductasa-1 caso). En los síndromes de disgenesia gonadal, se observó gónadas estriadas "streak"- 4 casos, gónada unilateral-2 casos; útero con trompas de Falopio- 4 casos, trompa de Falopio en un lado con deferente y vasos espermáticos en el contralateral-1 caso. .Efectuamos biopsia gonadal unilateral en 1 caso, gonadectomía bilateral en 4 y gonadectomía unilateral con exéresis de restos mullerianos en 1 caso. En los pseudohermafroditismos masculinos, se identificó gónadas bilateralmente acompañadas de vasos espermáticos y deferente en 2 casos, ausencia de gónada con vasos espermáticos y deferente bilateral, en 1 caso; constatamos la ausencia de útero y trompas en los tres casos. Efectuamos gonadectomia bilateral en 2 casos. La anatomía patológica reveló testículo bilateral-3 casos, testículo en un lado y ovario en el contralateral-2 casos, "streak" gónada bilateral- 3 casos, "streak" gónada con gonadoblastoma contralateral-1 caso. De los 9 pacientes se le asignó el sexo femenino a 8 y el masculino a 1.</p> <p>Comentarios En nuestra opinión, la cirugía minimamente invasiva en el intersexo, debe ser un procedimiento de preferencia, no solo en el diagnóstico, para la visualización directa de las gónadas e identificación de los genitales internos, asi como terapéutica, para la realización de biopsia gonadal, gonadectomía o orquidopexia, desplazando totalmente a la laparotomía.</p>

QUISTE DE COLÉDOCO. REVISIÓN DE 47 CASOS.

Autores	Astudillo P, Ugazzi M, Vargas P, Zambrano E.
Instituciones	Hospital de Niños Baca Ortiz - Hospital Metropolitano Quito - Ecuador
Texto	<p>La dilatación aneurismática de colédoco, corresponde a 3.4 por 1000 egresos hospitalarios por año en nuestro medio.</p> <p>Presentamos una revisión de 47 pacientes sometidos a una derivación bilio digestiva por quiste de colédoco.</p> <p>La asociación con atresia de vías biliares la encontramos en 13 pacientes, quienes presentaron una alta morbimortalidad.</p> <p>La ecografía continua siendo el examen de primera elección.</p> <p>La hepatico yeyunostomía en Y de Roux con asa desfuncionalizada de 40 cm.es el gold standart.</p>

SESION CIENTIFICA III

Tema Plástica: moderadores Prof. Rafael Trinchet, Dr. E. López Candel

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS COMPLICACIONES CUTÁNEAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS DE LOS PACIENTES CON SEPSIS

Autores	Andres AM, Lopez Gutierrez Jc, Ros Z, Díaz M, Rivas S, Luis AI, Tovar JA.
Instituciones	Hospital Infantil Universitario La Paz
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: El cirujano pediatra participa en la fase aguda y en el período de secuelas de la sepsis. El objetivo de este trabajo es evaluar estas secuelas, las técnicas utilizadas en las diversas fases de la enfermedad y los resultados obtenidos en nuestra serie.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS: Estudiamos retrospectivamente 13 pacientes tratados en nuestro centro por sepsis en los últimos 10 años. Fueron 7 niños y 6 niñas, con una edad mediana de 2 años (4 días-14 años); el 70% fueron meningocócicas. Las regiones afectadas fueron miembros inferiores (92%), superiores (76%), labios (n=1), nariz (n=1) y genitales (n=1). Las lesiones fueron bilaterales en la mayoría (n=11) aunque 2 casos presentaron afectación aislada de un miembro. Los procedimientos se clasificaron según el momento de su realización. Evaluamos los resultados estéticos, funcionales y psicosociales a largo plazo.</p> <p>RESULTADOS: Un niño falleció durante las primeras 24 horas; 11 requirieron actuación precoz y todos precisaron intervenciones tardías. El 50% de los casos presentó necrosis en más del 15% de superficie corporal.</p> <p>Durante su estancia en UCIP 6 casos precisaron fasciotomías (con extirpación de masa muscular en 2) y en 8 se realizaron importantes desbridamientos y escarectomías; en 2 pacientes se realizaron amputaciones en la fase aguda; ambos precisaron ampliación en los días siguientes. Los defectos se cubrieron con injertos cutáneos y dermis artificial.</p> <p>Durante el período de secuelas, 8 niños precisaron amputaciones (uno de los cuatro miembros). Otras técnicas fueron injertos (n=7), zetaplastias, w-plastias (n=5); colgajos miocutáneos (n=3); liberaciones musculares (n=3) y resección de esquirlas óseas (n=5). Las alteraciones producidas en el crecimiento óseo se trataron mediante osteotomías correctoras (n=4), realineamientos (n=3), pulgarización (n=1), alargamientos mediante distractores Ilizarov (n=2) y Hoffman (n=2). Actualmente 3 precisan ortesis de descarga y 3 prótesis sustitutivas.</p> <p>Todos ellos son independientes actualmente y presentan una aceptable adaptación e integración social.</p> <p>CONCLUSIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none">1.El cirujano pediátrico tiene un papel fundamental en el cuidado y prevención de complicaciones a corto y largo plazo que presentan los niños con sepsis fulminante.2. La intervención precoz y el seguimiento estrecho disminuyen la morbilidad; la corrección temprana de las secuelas favorece la integración escolar, social y familiar de estos pacientes.

**HEMANGIOMAS CONGÉNITOS RÁPIDAMENTE INVOLUTIVOS:
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON EL FRECUENTE HEMANGIOMA POSTNATAL.**

Autores	Encinas JL, López-Gutierrez JC, Andrés AM, Rivas S, Ros Z, Tovar JA
Instituciones	HU Infantil La Paz
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: El hemangioma congénito rápidamente involutivo (RICH) es una entidad recientemente reconocida, de aspecto semejante al hemangioma postnatal, en la que el tumor vascular se encuentra totalmente desarrollado al nacimiento involucionando completamente antes del primer año de vida. La identificación de los RICH tiene implicaciones diagnósticas y terapéuticas importantes ya que en estos tumores no está indicado ningún tipo de tratamiento farmacológico, quirúrgico o endovascular.</p> <p>MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de 9 pacientes con diagnóstico de RICH en los últimos 3 años, recogiendo datos sobre su presentación clínica, comportamiento y diagnóstico radiológico e inmunohistoquímico.</p> <p>RESULTADOS: Nueve pacientes (5 niños y 4 niñas) fueron tratados en nuestro centro por tumores vasculares con diagnóstico de RICH entre los años 1999 y 2003. Su aspecto y localización (2 en cara, 5 en extremidades inferiores, 1 en extremidad superior y 1 en abdomen) fueron similares a los del hemangioma postnatal. Uno de ellos localizado en cara fue extirpado. La regresión comenzó en el resto en la semana tercera o cuarta, desapareciendo completamente todos ellos antes del primer año. La angioresonancia magnética (ARM) realizada en 4 casos mostró malformaciones de alto flujo con patrón heterogéneo y estructuras quísticas mientras que el hemangioma postnatal en ARM presenta un patrón homogéneo. La angiografía (AG) realizada en 3 casos mostró captación heterogénea, aneurismas arteriales y un patrón arterial irregular; el hemangioma postnatal muestra imágenes con captación homogénea y arquitectura menos irregular.</p> <p>La tinción inmunohistoquímica Glut-1 positiva de manera característica en la fase proliferativa del hemangioma postnatal, pudo realizarse en 3 casos siendo negativa en todos ellos.</p> <p>CONCLUSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los RICH presentan propiedades inmunohistoquímicas y radiológicas en ARM y AG que permiten diferenciarlos de los hemangiomas postnatales. - La identificación correcta y precoz de los RICH evitará someter al niño a tratamiento quirúrgico o farmacológico innecesario.

NUEVOS ABORDAJES QUIRÚRGICOS DE LOS HEMANGIOLINFANGIOMAS COMPLEJOS

Autores	De Agustín, JC*; Greco y Martínez R*; Acero J**; Hernández AE*; Sánchez O*; Cañizo A*; Vázquez J*
Instituciones	* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario "Gregorio Marañón". Madrid. ** Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario "Gregorio Marañón". Madrid.
Texto	<p>Introducción: Algunos hemangiolinfangiomas localizados en áreas anatómicas de especial dificultad requieren abordajes quirúrgicos especiales.</p> <p>Objetivos: Estudiamos a dos pacientes que por sus especiales características fueron intervenidos por vía transmandibular en un caso y por vía cervicomedial en otro. Hacemos una valoración crítica de ambas técnicas en nuestros pacientes y comentamos sus respectivas indicaciones generales.</p> <p>Material y métodos: Revisamos las Historias clínicas y material iconográfico de ambos pacientes.</p> <p>Caso 1: Mujer recién nacida con diagnóstico prenatal de linfangioma cervicofacial con extensión sublingual y faríngea. En período neonatal realizamos la resección de la porción cervicofacial y una traqueostomía. A los 4 años se resecó la porción sublingual y faríngea realizando una apertura mandibular por la línea media que expuso todo el tumor de una forma amplia. Con 6 años la paciente está asintomática y libre de tumor.</p> <p>Caso 2: Varón intervenido en otro centro de una tumoración cervicomedial por vía cervical transversa y torácica posterolateral independientes. La persistencia del tumor torácico y la gran extensión cervical derecha fue abordada de forma amplia y resecada completamente por un abordaje cervicomedial. La recurrencia parcial un año después fue tratada por la misma vía y se volvió a resecar la mayor parte del tumor. Los quistes remanentes se trataron con infiltración local con OK432. 5 años después el paciente está libre de recurrencia y la traqueostomía realizada en la primera intervención está ya cerrada.</p> <p>Conclusiones: En nuestros pacientes la exposición amplia del campo quirúrgico mediante los abordajes descritos permite el manejo cómodo de estructuras poco accesibles con las incisiones convencionales. La exposición en libro abierto de la línea media hace este abordaje aplicable para la resección de otras tumoraciones que presenten este tipo de extensión.</p>

MALFORMACIONES VENOSAS CONGÉNITAS. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA INFANCIA

Autores	S.Rivas, JC. López-Gutiérrez, M. Rivas, AM. Andrés, Z. Ros.
Instituciones	Unidad de Cirugía Plástica Pediátrica. Hospital Infantil Universitario La Paz.
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: La malformación venosa congénita (MVC) es la anomalía vascular de bajo flujo más frecuente en la infancia aunque en muchas ocasiones no pueden evidenciarse al nacimiento y se hacen clínicamente más llamativas en edades más tardías. Característicamente no involuciona sino que manifiesta un desarrollo progresivo y variable a lo largo del tiempo.</p> <p>PACIENTES Y MÉTODO: Realizamos un estudio retrospectivo de la historia clínica de 72 pacientes diagnosticados y tratados de MVC en nuestro Servicio en los últimos 15 años. La edad de los pacientes oscilaba entre los 5 días y los 26, con una proporción de mujeres de 2 sobre uno. La localización más frecuente de las malformaciones fue en las extremidades seguida de las que asentaban en cabeza y cuello. No se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que tenían lesiones mixtas, de localización intraabdominal o en el SNC.</p> <p>RESULTADOS: Los síntomas fueron por orden de frecuencia el dolor (60% de los pacientes), la tromboflebitis, el aumento de tamaño de la extremidad, los fenómenos dérmicos, la distrofia ósea y en último término la coagulopatía de consumo. En prácticamente todos los enfermos la sintomatología se desencadenó o se intensificó en relación a traumatismos, infecciones y cambios hormonales.</p> <p>El diagnóstico se realizó mediante valoración clínica, Eco-Doppler en todos los pacientes para descartar alto flujo y RNM como estudio de extensión. No se realizó arteriografía de rutina y en algunos casos se utilizó la flebografía como método diagnóstico y terapéutico. La radiografía simple demostró flebolitos en la mayoría de los pacientes y en un pequeño grupo alteraciones óseas.</p> <p>En todos los casos se indicó inicialmente un tratamiento conservador-paliativo que consistía en presoterapia en la totalidad de los pacientes y tratamiento del dolor y profilaxis antitrombótica cuando fue necesario. Este tratamiento se mantuvo en los enfermos con malformaciones grandes irreseables y en aquellos que no presentaban impotencia funcional. Como tratamiento curativo se ofertó la esclerosis, la cirugía o la combinación de ambas. La esclerosis se indicó en lesiones intramusculares y en lesiones delimitadas con canales grandes. Se utilizó como material de esclerosis el etanol y el Ethibloc. En los casos donde la esclerosis no estaba indicada o había fallado y en malformaciones con complicaciones dérmicas o delimitadas a un grupo muscular único o prescindible se realizó cirugía. Se intentó la resección completa en todos los casos y se utilizaron injertos o dérmis artificial para la cobertura de los defectos.</p> <p>CONCLUSIONES: Las MVC deben ser diagnosticadas y tratadas en la infancia ya sea de manera conservadora o con intención curativa si lo precisan. El diagnóstico correcto y su tratamiento mejoran los resultados a largo plazo.</p>

**ANOMALÍAS VASCULARES CONGÉNITAS EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR.
PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO**

Autores	S. Rivas, JC. López-Gutiérrez, M. Díaz, AM. Andrés, Z. Ros.
Instituciones	Unidad de Cirugía Plástica Pediátrica. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: En los últimos años se han producido significativos avances en el tratamiento de las anomalías vasculares. Las técnicas inmunohistoquímicas y marcadores celulares endoteliales han permitido separar distintos grupos de tumores y malformaciones vasculares que precisan de estrategias terapéuticas completamente diferentes y que tradicionalmente se han englobado de forma errónea bajo el nombre de angiomas.</p> <p>PACIENTES Y MÉTODO: Realizamos un estudio retrospectivo de las historias clínicas de 172 pacientes con anomalías vasculares congénitas de la extremidad superior diagnosticados y tratados en nuestro Servicio en los últimos 12 años.</p> <p>RESULTADOS: De los 172 pacientes 8 presentaban malformaciones de alto flujo, 35 malformaciones venosas puras, 11 malformaciones linfáticas, 16 malformaciones linfático-venosas y 102 tumores vasculares (82 hemangiomas proliferativos, 10 granulomas piogénicos, 3 angiomas rápidamente involutivos, 2 angiomas no involutivos, 2 hemangioendoteliomas kaposiformes, 1 angioblastoma y 2 hemangiopericitomas). La edad de los pacientes oscilaba entre un día de vida y 25 años.</p> <p>Para la clasificación de las lesiones se ha utilizado la historia clínica, la biopsia, la inmunohistoquímica con GLUT-1 y la angiorresonancia. Sólo realizamos estudio angiográfico invasivo con fines terapéuticos preoperatorios (embolización o esclerosis). Una vez que los pacientes han sido evaluados se han incluido en un protocolo terapéutico de tratamiento conservador, farmacológico (corticoides, interferón alfa, vincristina o ticlopidina) o quirúrgico con o sin tratamiento endovascular previo.</p> <p>CONCLUSIONES: Es imprescindible distinguir entre las diferentes presentaciones de las anomalías vasculares de la extremidad superior independientemente de su aspecto, muchas veces similar. Esto permite racionalizar las pruebas diagnósticas evitando realizar las más invasivas por innecesarias.</p> <p>El tratamiento de cada una de ellas implica un conocimiento de su comportamiento biológico para saber hasta donde puede llegar a ser efectiva cada una de las modalidades terapéuticas o cuándo no están indicadas.</p> <p>Los criterios quirúrgicos son oncológicos en la mayor parte de estas anomalías y es imprescindible planificar una adecuada estrategia reconstructiva después de la extirpación completa de la malformación o tumor.</p>

MICROCIRUGÍA EN EDAD PEDIÁTRICA

Autores	Marín Gutzke M, Sánchez Olaso A, Enríquez de Salamanca J, González Meli B, Berenguer B, Rodríguez Urcelay P.
Instituciones	Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Niño Jesús. Madrid
Texto	<p>Introducción: La microcirugía vascular y nerviosa permite reconstruir defectos complejos de forma y de función. En comparación con la población adulta, los niños generalmente no presentan problemas médicos crónicos, habitualmente asociados a un mayor índice de fracasos. El porcentaje de éxito de la microcirugía vascular suele ser superior al 95% en un centro especializado.</p> <p>Pacientes y métodos: Presentamos los casos realizados en la Unidad de Microcirugía Infantil durante su primer año de funcionamiento. Cinco pacientes (con edades entre 5 y 17 años) han sido intervenidos, por malformaciones (dos casos: síndrome de Moebius y síndrome de Poland), reconstrucción postoncológica (dos casos: carcinoma de parótida y sarcoma osteogénico de radio) y cobertura de pérdida de sustancia (un caso, en cuero cabelludo). Todos los casos fueron intervenidos bajo anestesia general, realizando la sutura vascular bajo microscopio, administrando las pautas habituales de antiagregación. La monitorización postoperatoria incluyó el control doppler bidireccional.</p> <p>Resultados: En el síndrome de Moebius se realizó la reanimación facial dinámica mediante la transferencia del músculo gracilis segmentario, reinervado con la rama del masetero. El paciente ha desarrollado una sonrisa social simétrica, lo cual le permite reflejar sus emociones mediante la expresión facial. En el caso del síndrome de Poland, el músculo dorsal ancho ipsilateral fue utilizado inicialmente para reconstruir la pared torácica, por lo que se procedió a la transferencia microvascular del dorsal ancho contralateral junto con un implante protésico para la reconstrucción mamaria. En un caso de recidiva de carcinoma mucoepidermoide de parótida, tras la extirpación radical se reconstruyó el defecto mediante un colgajo dorsal ancho. En el caso del sarcoma osteogénico de tercio distal de radio, el defecto, que incluye la placa epifisaria, fue reconstruido mediante un colgajo de peroné que incluyó la epífisis proximal. Por último, en el caso de pérdida de sustancia grave en calota, con exposición de placas de craneoplastia, se realizó la cobertura mediante un colgajo dorsal ancho. La evolución clínica global fue favorable, con un bajo índice de complicaciones locales, no apareciendo compromiso vascular en ninguno de ellos.</p> <p>Conclusión: La reconstrucción de defectos complejos requiere el aporte de tejido vascularizado mediante anastomosis microquirúrgica. La experiencia desarrollada durante el primer año de la Unidad consolida las indicaciones clínicas de la microcirugía en la edad infantil.</p>

HETEROINJERTO EN FISURAS ALVEOLARES SECUNDARIAS.

Autores	Montecinos, G; Almeida, A; Almeida, V; Cabezas, S.
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Regional Temuco - Universidad de la Frontera - Temuco - Chile Hospital Niño Jesús. Madrid
Texto	<p>El injerto óseo en fisuras alveolares restaura la continuidad del arco alveolar. Hay numerosas técnicas al respecto; entre ellas, el heteroinjerto (hueso de bovino liofilizado): alternativa probablemente ventajosa frente al autoinjerto (hueso ilíaco). Presentamos nuestra experiencia temática en 14 pacientes fisurados (1998-2002) sometidos a un protocolo definido.</p> <p>Evaluamos resultados clínicos y radiológicos obteniendo 70% de casos con excelente y con buen resultado.</p> <p>Concluimos que el heteroinjerto usado es buena alternativa comparativa para fisuras alveolares frente a hueso ilíaco.</p> <p>Lo recomendamos.</p>

NOMA. PATOLOGIA EMERGENTE

Autores	JF Mulet; J Bregante, J Iriarte, A Femenia, J Caubet, J, Morlans, R Rollan
Instituciones	H. Son Dureta. Servicios de Cirugía Pediátrica Maxilo-Facial Anestesia
Texto	<p>Introducción: La Estomatitis Gangrenosa o Cancrum Oris, También llamada NOMA, fue descrita en 1848 por Tourdes. Presentamos los resultados obtenidos en los 9 primeros pacientes que desde Niger nos han remitido una ONG que trabaja en aquellas tierras, con la cual se ha establecido un plan de actuación que también presentamos.</p> <p>Material y Métodos: Nueve pacientes rescatados en su país se sometieron a tratamiento antibiótico y alimentación equilibrada para vencer su estado de desnutrición. Via Internet se recibieron las imágenes clínicas de las lesiones y datos personales posibles (alguno solo el nombre por carecer de otro dato). Se programaron las fechas de intervención y viajaron a nuestra ciudad. Se efectua estudio clínico, analítico (incluyendo serologías) y por imagen. A continuación se efectuan las intervenciones en colaboración multidisciplinar, para lograr en el menor tiempo posible el retorno a su país de origen. Los resultados se han considerado satisfactorios en 7 casos. 2 precisaron segunda intervención por la gravedad de sus lesiones. Los casos con anquilosis mandibular recuperaron la movilidad y continuaron con los ejercicios de recuperación que aquí se les enseñaron.</p> <p>Comentarios: El Noma facial, de etiología no aclarada, se sabe es secuela de una gingivitis necrosante que se expande por todo el macizo facial provocando graves úlcera perforantes, fusión mandibular llegando a erosionar y desaparecer el malar y suelo de la órbita todo ello acompañado de supuración y hedor muy intenso. Aparece en enfermos desnutridos, abandonados de sus familias por pensar que es un castigo del cielo. Los gérmenes aislados en los casos estudiados son muy variados: Borrelias, Anaerobios, Espiorquetas etc.</p> <p>El plan de trabajo en nuestro caso es: Recibimos información via internet. En Niger se aplican las medidas terapéuticas posibles (Nutrición antibioticoterapia si es posible y curas locales). De aquellos enfermos que superan la fase aguda y pueden "rescatarse" se nos remiten imágenes y se programa su venida. Tras la intervención se devuelven a su país lo más pronto posible para evitar los problemas de desadaptación y desarraigo.</p> <p>Conclusión: La ayuda al cuarto mundo es factible si se cuenta con unos voluntarios ONGs, una colaboración de las instituciones, como en nuestro caso, y con un equipo multidisciplinar dispuesto a dar un poco de su tiempo. Opinamos que el traslado es más práctico, con mejores resultados y más barato- en estos casos- que desplazar un hospital y un equipo a aquellas tierras.</p>

**DOBLE TRANSFERENCIA DE DEDO DE PIE A LA MANO
EN NIÑOS CON SIMBRAQUIDACTILIA ATÍPICA.**

Autores	Rivas S, López-Gutiérrez JC, Díaz M, . Andrés AM, Ros Z.
Instituciones	Unidad de Cirugía Plástica Pediátrica. Hospital Infantil La Paz
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: La simbraquidactilia es una malformación congénita de la mano poco frecuente que se produce en el periodo inicial de la gestación. Abarca un amplio espectro de presentaciones clínicas que incluyen desde la presencia de dedos hipoplásicos a la ausencia total de estos. Generalmente no tiene asociación genética aunque en ocasiones se presenta junto a otras malformaciones.</p> <p>PACIENTES Y MÉTODO: El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados funcionales, psicológicos y estéticos en aquellos pacientes con simbraquidactilia grado IV que recibieron una doble transferencia de dedo de pie a la mano. Para ello analizamos retrospectivamente la historia clínica de 4 pacientes, 3 niños y una niña que fueron sometidos a esta intervención en nuestra Unidad en los últimos 5 años. El tiempo de seguimiento de los pacientes una vez realizada la segunda transferencia oscila entre los 6 meses y los 5 años.</p> <p>RESULTADOS: Se realizó siempre transferencia de segundo dedo de pie en primer lugar al cuarto metacarpiano y en la segunda intervención a la posición del pulgar. La edad media cuando se hizo la primera transferencia fue de 19 meses y en la segunda intervención de 30 meses. No se produjo ninguna complicación postoperatoria inmediata ni la pérdida de ningún injerto. Dos pacientes precisaron tenolisis y transferencia tendinosa posterior para mejorar la posición y funcionalidad de los injertos. Todos los niños iniciaron un programa de rehabilitación precoz. En los cuatro niños se constató una importante mejoría en la estética de la mano así como una buena funcionalidad con capacidad para realizar pinza tanto de objetos gruesos como de pequeños. La aceptación psicológica fue buena tanto en los niños como en los padres. Ninguno de los pacientes presentó alteración en la marcha.</p> <p>CONCLUSIONES: La doble transferencia de dedo de pie a la mano es un tratamiento eficaz en niños con simbraquidactilia con ausencia de pulgar. La rehabilitación es imprescindible para lograr la completa funcionalidad. Este tratamiento mejora la integración del niño en el medio familiar, escolar y social.</p>

SESION CIENTIFICA IV

Tema Plástica: moderadores Dr. Luis Alfonso Santamaría Betancourt, Dr. Juan Elias Pollina

APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA CON ABORDAJES MÍNIMOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS SINOSTOSIS CRANEALES.

Autores	MG Tellado, R Méndez, I Somoza, J Liras, A Sánchez, A Blanco, M Fantini, JL López, R Martín, D Vela
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Juan Canalejo, A Coruña
Texto	<p>Introducción: En los últimos años todas las especialidades quirúrgicas han tratado de minimizar el daño producido por el cirujano a la hora de realizar la técnica quirúrgica aplicando técnicas mínimamente invasivas. Actualmente diversas técnicas endoscópicas acompañadas de mecanismos ortopédicos permiten minimizar los abordajes de las craneosinostosis.</p> <p>Objetivos: Presentar opciones quirúrgicas más conservadores a la hora de abordar el tratamiento quirúrgico de las sinostosis craneales más frecuentes: escafocefalia, plagiocefalia y trigonocefalia.</p> <p>Material y Métodos: En el último año hemos intervenido mediante abordajes mínimos 6 escafocefalias, 1 trigonocefalia y 2 plagiocefalias anteriores. En todas ellas el abordaje fue mediante una incisión de 3 cms sobre la fontanela anterior, necesitando en el caso de las escafocefalias una incisión auxiliar similar sobre la fontanela posterior. En las escafocefalias se realizó una suturectomía sagital ampliada con osteotomias parietales. En la trigonocefalia se realizó una suturectomía. En el postoperatorio de ambas deformidades el tratamiento se continuó mediante la aplicación de un casco modelador. En el caso de las plagiocefalias anteriores se realizó una suturotomía sobre la sutura coronal enferma, así como una osteotomía en el vértice frontal de la deformidad. A continuación se colocó un distractor óseo sobre la sutura, consiguiendo en 2 meses la corrección de la deformidad. En todos los casos las osteotomías se realizaron mediante control endoscópico.</p> <p>Resultados: Todos los pacientes eran menores de 14 meses. El seguimiento mínimo ha sido de 6 meses y en todos los casos, el resultado estético fue satisfactorio.</p> <p>Conclusiones: El tratamiento de las sinostosis craneales simples puede ser realizado utilizando incisiones mínimas aplicando un control endoscópico de la cirugía. Estas técnicas deben complementarse mediante la utilización de dispositivos ortopédicos o distractores óseos.</p>

DISTRACCIÓN OSTEOGENICA MANDIBULAR PARA TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN RESPIRATORIA EN LACTANTES CON SECUENCIA DE PIERRE-ROBIN

Autores	B González Meli, P Rodríguez Urcelay, B Berenguer Fröhner, J Sastre González, M Marín Gutzke, J Enríquez de Salamanca Celada
Instituciones	Sección de Cirugía Plástica; Hospital Infantil "Niño Jesús"
Texto	<p>Los pacientes diagnosticados de Secuencia de Pierre-Robin (retrognatia congénita, glosoptosis y fisura palatina) pueden asociar síntomas de distress respiratorio. La hipoplasia mandibular severa causa obstrucción a nivel de la hipofaringe debido a la retroposición de la base de la lengua. Cuando la obstrucción es moderada generalmente puede controlarse colocando al bebé en decúbito prono. Los pacientes con obstrucción severa requieren un tratamiento más agresivo, y en los casos más graves puede ser preciso realizar una traqueotomía.</p> <p>La distracción osteogénica mandibular produce un avance concomitante de la base de la lengua, incrementando el espacio hipofaríngeo y mejorando la obstrucción de la vía aérea superior.</p> <p>Presentamos nuestra experiencia con esta técnica en lactantes con secuencia de Pierre-Robin y apnea obstructiva.</p> <p>Material y métodos:</p> <p>Se realizó un estudio prospectivo, desde Enero de 2002 a Diciembre de 2003. Se incluyeron todos los pacientes con hipoplasia mandibular y fisura palatina que presentaban además obstrucción respiratoria moderada-severa. Se incluyeron en el estudio 4 pacientes, de edades comprendidas entre los 8 días de vida y los 14 meses. En todos ellos se realizó distracción osteogénica mandibular bilateral unidireccional con distractores extraorales del tipo Baby-Molina. Se inició la activación en el 5º día de postoperatorio, a un ritmo de 1 mm al día, durante un periodo de 2 a 3 semanas (18 días de media). El periodo de consolidación fue de 6 a 8 semanas. Se realizó un TAC con reconstrucción tridimensional y un estudio polisomnográfico antes y después de la distracción.</p> <p>Resultados: Dos de los pacientes presentaban apnea obstructiva del sueño (SAOS) y dificultades para la alimentación que provocaban una inadecuada ganancia ponderal. Uno de los pacientes desarrolló apnea obstructiva tras el cierre de la hendidura a la edad de 9 meses. El neonato de 8 días requería intubación endotraqueal desde el nacimiento para el mantenimiento de la vía aérea.</p> <p>Este paciente pudo ser extubado en el día 12 de postoperatorio. La activación continuó hasta alcanzar los 22 mm. En el momento actual la curva de peso es adecuada y no presenta apnea del sueño.</p> <p>El estudio polisomnográfico y la ganancia ponderal también mejoró en los otros 3 pacientes, de forma significativa.</p> <p>No se presentó ninguna complicación postoperatoria inmediata. Todos los pacientes toleraron bien el proceso. En 1 caso se produjo una infección cutánea superficial que cedió con antibióticos. En otro caso se produjo la extrusión de una de las agujas, al final del periodo de consolidación, lo que motivó la retirada del distractor.</p> <p>Conclusiones: La distracción osteogénica es una técnica aún reciente, pero que consigue de modo efectivo una elongación mandibular en los pacientes con micro-retrognatia. Puede ser empleada en pacientes en edades muy tempranas, evitando el realizar una traqueotomía y mejorando su calidad de vida.</p>

QUISTES ODONTOGENICOS EN LA INFANCIA

Autores	J. Lerena, E.Kobrzynska, F.J.Parri, , L.Sancho, L. Morales
Instituciones	Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universitat de Barcelona
Texto	<p>Las lesiones quísticas que afectan a los maxilares se pueden dividir en quistes odontogénicos o del desarrollo e inflamatorios. Los menos frecuentes, pero de mayor interés en la edad pediátrica son los odontogénicos. De este grupo destacan los quistes dentígenos o foliculares, que se originan del esmalte de un diente no erupcionado y los quistes primordiales o queratoquistes que se originan en la lámina dental y se sitúan junto a los dientes no erupcionados.</p> <p>Material y Métodos: Hemos analizado 28 pacientes (12 niñas y 16 niños) entre 1 y 19 años, con diagnóstico preoperatorio de quiste odontogénico tratados entre 1980 –2003. Todos los pacientes fueron intervenidos y el diagnóstico histológico fue: quiste folicular (10), queratoquistes (4), quistes mandibulares solitarios (7), quiste radicular (1), quiste de inflamación crónica inespecífica (1), quiste de retención glandular (1), mixoma odontogénico (2), fibroma ameloblástico (2).</p> <p>De los 28 casos, los 14 pacientes con quistes odontogénicos han sido analizados. Los quistes foliculares (10) se presentaron como una única imagen radiolucida bien definida, invadiendo una pieza dental y desplazando las contiguas. En la cirugía se apreció un quiste lleno de líquido claro y la exéresis se acompañó de extracción del diente originario y se consiguió resitución ósea completa. No ha habido recidivas.</p> <p>Los queratoquistes (4) presentaron un patrón radiológico uni o multilocular con bordes lisos o festoneados que desplazan las piezas adyacentes. Presentaron un contenido líquido con material sebáceo queratocico. Aunque presentan tendencia a la recidiva (35 %) no hemos reintervenido ninguno. Pueden degenerar a ameloblastoma y pueden formar parte de un síndrome névico o de Gorlin–Goltz (1/100000 RN). Uno de nuestros pacientes presentaba este síndrome que se transmite de forma autosómica dominante. Presentaba múltiples queratoquistes bilaterales de aparición sucesiva que precisaron 10 intervenciones. En el síndrome de Gorlin–Goltz los quistes maxilares preceden a la aparición de lesiones cutáneas tipo carcinoma basocelulares, como ocurrió en nuestro paciente a los 18 años .</p> <p>Comentario: Los quistes mandibulares se manifiestan como un aumento de tamaño rápido en el área mandibular. En la mayoría de los casos será suficiente una ortopantomografía para sospechar un quiste odontogénico. Los hallazgos operatorios y la anatomía patológica darán el diagnóstico. En los pacientes con queratoquiste es necesario un seguimiento a largo plazo por su riesgo oncológico.</p>

PLASMA ENRIQUECIDO EN PLAQUETAS EN LA ALVEOLOPLASTIA DE PACIENTES FISURADOS

Autores	R Méndez, JL López-Cedrún, MG Tellado, B Patiño, I Vázquez, D. Vela
Instituciones	Servicios de Cirugía Pediátrica y Cirugía Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña.
Texto	<p>INTRODUCCION Y OBJETIVO</p> <p>El uso de plasma autólogo enriquecido en plaquetas fue introducido en la cirugía oral y maxilofacial hace unos 10 años. Sus buenos resultados se deben a la rapidez con la que genera nuevo hueso y la aceleración del período de cicatrización quirúrgico. Su empleo en la reconstrucción alveolar del paciente fisurado no es todavía consistente y los trabajos publicados en la literatura son muy escasos. El objetivo de este estudio preliminar es el de presentar nuestra experiencia con la utilización del plasma rico en plaquetas en la reconstrucción de las fisuras alveolares congénitas de pacientes fisurados.</p> <p>MATERIAL Y METODOS</p> <p>Entre Julio 2002 y enero de 2004 fueron intervenidos 14 pacientes con fisura alveolar congénita realizando una alveoloplastia secundaria standard. En 12 casos se empleó injerto óseo esponjoso de cresta ilíaca y en dos casos la zona dadora fue tibial. El laboratorio de Hematología de nuestro centro preparó el concentrado plasmático rico en plaquetas mediante un doble centrifugado de suero autólogo del paciente y pipeteado del mismo. Tras añadir gluconato cálcico se obtuvo un gel rico en plaquetas en cantidades aproximadas de 1-2 ml. En este trabajo preliminar hemos estudiado el aspecto de la herida quirúrgica el 3er día postoperatorio, y la primera y segunda semanas de la intervención. Se compararon estos resultados con los realizados previamente en la alveoloplastia Standard sin uso del plasma rico en plaquetas. Igualmente se valoró la densidad ósea mediante Rx intraoral a los 3 y 6 meses.</p> <p>RESULTADOS</p> <p>La herida de la alveoloplastia cicatrizó mucho más rápidamente en los pacientes en los que se empleó plasma enriquecido. Los pacientes refirieron menos dolor y edema en los primeros días del postoperatorio. La regeneración ósea del alveolo fue mucha más rápida a los 3 meses, si bien el resultado fue similar en la Rx intraoral a los 6 meses. Las cantidades necesarias de hueso esponjoso fueron menores en aquellos casos en los que se usó el plasma enriquecido (30% menos).</p> <p>CONCLUSIONES</p> <p>El uso de plasma rico en plaquetas es un protocolo válido para la reconstrucción en pacientes con fisura alveolar congénita. Su bajo coste y morbilidad lo hacen recomendable para su empleo en pacientes fisurados.</p>

**TRATAMIENTO CON TISSUCOL DE LA FISTULA TRAQUEO ESOFÁGICA
RECURRENTE.VALORACIÓN A LARGO PLAZO (video)**

Autores	Gutierrez C, Roca A, G ^a -Sala C, Lluna J, Hernandez E, Vila J.J.
Instituciones	Hospital Materno-Infantil "La Fe" Valencia
Texto	<p>Introducción: La broncoscopia neonatal es una herramienta imprescindible para el correcto diagnóstico de las malformaciones de la vía aérea y fundamental en el tratamiento de malformaciones traqueoesofágicas. Es importante la adecuada valoración del árbol traqueal en enfermos con atresia esofágica antes de la intervención, para diagnosticar fístulas del bolsón superior, y tras la reparación por posibles complicaciones como traqueomalacia y recanalización de la fístula que deben ser diagnosticadas. En 1994 iniciamos el tratamiento endoscópico con adhesivo de fibrina (Tissucol (R)) para la fístula Traqueo Esofágica Recurrente(FTR)</p> <p>Material y métodos: Se utilizó broncoscopio rígido neonatal Storz con lente de ficha óptica. El procedimiento se realiza con anestesia general. El Tissucol se administró por un cavafix guiado por el canal de trabajo. En los cinco últimos utilizamos diatermia. En un periodo de 10 años hemos tratado de forma consecutiva 6 pacientes con FTR.</p> <p>Resultados: De los 6 enfermos, en el segundo no se logró ocluir la fístula en 3 intentos y fue intervenido. En los 5 enfermos restantes el procedimiento fue efectivo, con un seguimiento de 10 a 2 años en el último de la serie.</p> <p>Conclusiones: La broncoscopia neonatal es de gran importancia en el tratamiento de malformaciones traqueoesofágicas. Los resultados a largo plazo del tratamiento con Tissucol (R) nos animan a proponer esta técnica para el tratamiento de la FTR.</p>

ESTUDIO DEL VOT EN PACIENTES INTERVENIDOS POR FISURA LABIOPALATINA

Autores	Gámiz M, Fernández-Valadés R, Amador J, Mendoza E, Villegas M, Ruiz A, Valladares JC, Jiménez C, Matar K, Castejón J
Instituciones	Hospital Virgen de Las Nieves Granada. Universidad de Granada
Texto	<p>Objetivos: Determinar los factores que modifican las características del parámetro acústico tiempo de inicio de sonoridad vocálica en pacientes intervenidos de fisura palatina y/o labiopalatina.</p> <p>Introducción: Las características acústicas del habla del paciente fisurado vienen determinadas por la dificultad de crear una presión intraoral adecuada. Esto dificulta la emisión de fonemas oclusivos sordos, lo que supone una modificación de los parámetros acústicos del habla de estos pacientes y en concreto una prolongación del VOT. Mediante análisis acústico pretendemos cuantificar esta prolongación.</p> <p>Material y métodos: Estudio transversal en niños intervenidos de Fisura Labiopalatina en nuestro hospital mayores de 5 años en el momento del estudio. Mediante muestreo simple se estudian 51 sujetos de un total de 208. Se realizó un estudio morfológico de los pacientes, estudio auditivo, registro fonológico digital de la voz y análisis acústico de los registros mediante el sonógrafo Kay Elemetrics 4500. Análisis estadístico mediante regresión múltiple (análisis bivariante y multivariante) de los resultados.</p> <p>Resultados: Prolongación del VOT sobretodo cuando existe maloclusión dental y paladar blando insuficiente, está influido así mismo por la presencia de labio fisurado y la edad de inicio de la ortodoncia. Además encontramos una disminución cuando la audición es normal.</p> <p>Conclusiones: La asociación de fisura labial prolonga el VOT en fonemas oclusivos sordos bilabiales. El paladar blando suficiente disminuye la duración del VOT. El deterioro de la audición prolonga el VOT. La actuación temprana a nivel de ortodoncia y auditiva mejora los resultados en estos pacientes.</p>

EMPLEO DE CONFORMADORES NASALES EN LA RINOPLASTIA DEL FISURADO

Autores	R. Méndez, JL López-Cedrún*, MG Tellado, I. Somoza, J. Liras, AS Abuín, D. Vela
Instituciones	Servicios de Cirugía Pediátrica y *Cirugía Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña
Texto	<p>Introducción: Tras la realización de la rinoplastia primaria o secundaria en el paciente fisurado existe una tendencia a la depresión del cartílago alar perdiendo la nueva morfología obtenida. Por este motivo es habitual el empleo de conformadores nasales en el postoperatorio de la rinoplastia de estos pacientes, ya sea ésta abierta o cerrada.</p> <p>Objetivo: Presentamos nuestra experiencia en el uso de conformadores nasales para mantener en posición el cartílago alar tras la rinoplastia del paciente con fisura unilateral o bilateral evitando así la deformación producida por la retracción cicatricial.</p> <p>Material y Métodos: Hemos colocado 18 stents nasales (Koken stents®, Tokio, Japón) en 18 pacientes con fisura nasolabial intervenidos (4 bilaterales y 14 unilaterales) en el período 2000-2003. Realizamos una comparación fotográfica de la simetría nasal entre los pacientes intervenidos sin stents en un periodo anterior (1998-2000) y el grupo de estudio. Los conformadores nasales se fijan en su posición tras la rinoplastia mediante suturas reabsorbibles de Monocryl® 4/0. Estas suturas mantienen el stent en su lugar durante unos 20 días después de la intervención.</p> <p>Resultados: El tiempo medio de retención del conformador nasal fue de 3'5 meses (4 semanas a 6 meses). Los métodos empleados para mantener el stent en su lugar tras la absorción de las suturas de fijación fueron diversos y siempre en función de la comodidad de las familias. El estudio comparativo demostró una asimetría relevante de ambas narinas en el 13% de los pacientes con stents frente al 48% de aquellos sin stents ($p < 0.01$).</p> <p>Conclusiones: El empleo de conformadores nasales en el postoperatorio protege la corrección quirúrgica del cartílago evitando la depresión de la narina así como la aparición de adherencias intranasales precoces. Permite igualmente la realización sin molestias de lavados nasales y pueden mantenerse hasta la cicatrización del cartílago. Su uso implica una colaboración adecuada por parte de la familia.</p>

**OTOPLASTIA POSTERIOR MINIMAMENTE INVASIVA PARA EL
TRATAMIENTO DEL HELIX VALGUS (video)**

Autores	Alberto Sánchez-Abuín, Iván Somoza, Jorge Liras, Roberto Méndez, Manuel G. Tellado, Ernesto Pais, Diego Vela
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña
Texto	<p>OBJETIVO: Presentar un simple y rápido método en formato de video para la corrección de las orejas procidentes (Helix valgus) mediante el modelaje anterior minimamente invasivo del cartílago auricular a nivel del antehelix y la plicatura de la concha por vía posterior.</p> <p>INTRODUCCION: Desde la clásica descripción de Mustardé (1963) de la otoplastia para orejas procidentes empleando sólo suturas por vía posterior, numerosas modificaciones han sido publicadas con similares resultados. Si bien no existen controversias acerca de la validez del abordaje auricular posterior para la realización de la otoplastia, el remodelaje del cartílago por esta vía se ha mostrado inadecuado en muchos casos debido a la aparición de recidivas. La cicatriz de una incisión anterior para abordar y plicar el antehélix es estéticamente inaceptable.</p> <p>MATERIAL Y METODOS: Presentamos 41 otoplastias realizadas en 21 pacientes empleando el procedimiento de abordaje anterior minimamente invasivo. Este consiste en la realización de varias incisiones longitudinales a lo largo del antihelix empleando un bisturí de hoja lanceolada (de timpanotomía) de 2 mm de largo y con 12 cms de largo y 1 mm de diámetro entrando por vía anterior. Una vez realizadas las condrotomías lineales, el modelaje posterior logra una adecuada plicatura del antihelix que se fija con suturas no absorbibles por vía posterior. De la misma forma la concha se sutura a la fascia premaxiloidea. Se reseca un segmento de piel retroauricular de 0.5 cms de ancho y se cierra con monofilamento absorbible intradérmica. El seguimiento ha sido de 6 meses a 4 años (media 18 meses).</p> <p>RESULTADOS No hemos observado complicaciones precoces tras la cirugía. La lesión puntiforme anterior era inapreciable a los 15 días de la intervención. En ningún paciente se produjeron cicatrices hipertróficas en la incisión posterior. La corrección de la protusión auricular se consideró estéticamente buena en todos los pacientes. En 1 caso se evidenció hipercorrección auricular. Un paciente presentó una asimetría llamativa en la corrección bilateral.</p> <p>CONCLUSIONES Si bien todas las técnicas de corrección de las orejas procidentes deben ser evaluadas en un seguimiento a largo plazo, la consecución de un procedimiento que no produzca cicatrices anteriores y que permita modelar el cartílago por vía anterior es siempre prometedor. Son necesarios controles posteriores para evaluar la efectividad de este abordaje minimamente invasivo.</p>

LIPOSUCCIÓN EN NIÑOS: UTILIDAD CLÍNICA

Autores	Beatriz Berenguer, Pilar Rodríguez, Beatriz González, Martina Marín, Hector Gallo, Javier Enríquez de Salamanca
Instituciones	Hospital "Niño Jesús", Madrid
Texto	<p>Introducción: Los excelentes resultados obtenidos en las liposucciones estéticas han contribuido a la ampliación de sus indicaciones a patologías del tejido subcutáneo, que previamente hubieran tenido difícil solución. Esto podría ser especialmente aplicable a los niños, sin embargo son muy escasas las referencias en la literatura. El objetivo de este estudio es la evaluación de la incidencia, tipos y resultados de la liposucción en una población infantil.</p> <p>Material y Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes menores de 18 años evaluados y tratados con liposucción en nuestra institución (1997-2003). La aspiración se realizó con jeringa para tener mayor control sobre la presión de succión. Sistemáticamente utilizamos infiltración vasoconstrictora, drenajes y compresión postoperatoria. Los aspirados se enviaron para estudio histológico y se realizaron biopsias adicionales en casos seleccionados. Los resultados se valoraron con una escala de 5 puntos.</p> <p>Resultados: La liposucción se realizó en 29 ocasiones en 25 pacientes. Lipodistrofias congénitas Lipodistrofias adquiridas Disrafismo oculto Lipomas (n=6) Osteogenesis imperfecta Lipomas postraumáticos (n=2) Lipomatsis difusa congénita Lipodistrofia hipertrófica insulínica Sd. de Klinefelter Adiposis dolorosa Nevus lipomatoso Lipomatosis infiltrante Malformación linfática Hemangioma involucionado (n=3) Linfedema congénito licalizado Asimetría postraumática de muslos Síndrome de bridas amnióticas Atrofia subcutánea esteroidea Sd. Proteus- like. Siamesa piópaga Enfermedad de Dercum</p> <p>La indicación fue estética en 22 pacientes y funcional en 3. El volumen aspirado osciló entre 20 y 400 mililitros. El estudio histológico descartó malignidad y mostró características específicas en determinadas patologías. No ocurrieron complicaciones y las secuelas cicatriciales y cuidados postoperatorios fueron mínimos. Los tiempos quirúrgicos y las estancias medias fueron significativamente menores que con las técnicas tradicionales. Los resultados fueron evaluados desde buenos a excelentes por los pacientes y los cirujanos.</p> <p>Conclusiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A pesar de que la indicación de liposucción infantil es inusual, puede tratar de forma efectiva una variedad de patologías del tejido adiposo con mínima morbilidad. 2. Las principales ventajas de la liposucción, escasa cicatriz y pronta recuperación, son especialmente importantes en los niños. 3. Los volúmenes aspirados son menores que en los adultos, sin embargo suele tratarse de problemas tridimensionales de mayor complejidad. 4. la evaluación de acúmulos grasos en niños es muy importante, puesto que pueden formar parte de enfermedades o síndromes que requieran un enfoque terapéutico integral.

SESION CIENTIFICA V

Tema General: moderadores Dra. Galicia Montecinos, Dr. Carlos Bardají Pascual

EFFECTO DE LA DESCONTAMINACIÓN INTESTINAL SELECTIVA SOBRE EL DAÑO HEPATICO ASOCIADO A LA NUTRICION PARENTERAL EN UN MODELO MURINO DE INTESTINO CORTO.

Autores	I Eizaguirre, N García-Urkia, A Asensio, A Cano, N Samprón, JM García-Arenzana, P Bachiller, P Aldazabal.
Instituciones	Hospital Donostia-Osakidetza-Servicio Vasco De Salud
Texto	<p>Introducción: La descontaminación intestinal selectiva (DIS) ha demostrado su utilidad para frenar la translocación bacteriana (TB) tanto en modelos animales como en clínica humana. La hepatopatía colostática es un grave problema, de origen poco claro, asociado al intestino corto y al uso prolongado de nutrición parenteral (NP). En estos pacientes la TB es muy frecuente y los gérmenes llegan al hígado a través de la vena porta y activan las células de Kupffer que liberan citoquinas proinflamatorias como la interleukina-1 (IL-1) o el factor de necrosis tumoral α (TNF-α), que pueden agravar la situación hepática.</p> <p>Objetivo: Comprobar en un modelo experimental de intestino corto bajo NP la utilidad de la DIS para frenar la TB y determinar las posibles consecuencias favorables de su empleo sobre el daño hepático a través de los niveles séricos de IL-1 y TNF-α.</p> <p>Material y Métodos: Ratas Wistar de entre 240-280 gr distribuidas en 2 grupos, y mantenidas en jaulas metabólicas individuales durante 10 días: Grupo Resección-NPT (n=15): animales con resección del 80% del intestino delgado e infusión continua de NPT (280 kcal/kg/24 horas) Grupo Resección-NPT-DIS (n=10): como el grupo anterior, con administración oral diaria de Tobramicina (20 mg/kg peso/día) y Polimixina E (25 mg/kg peso/día). Los animales fueron sacrificados y se obtuvieron muestras de ganglios linfáticos mesentericos (GGLL), sangre portal y sangre periférica para determinación de la TB por cultivo bacteriano. Los cultivos sanguíneos se consideraron positivos de forma semicuantitativa, y en el caso de los cultivos de GGLL, un crecimiento >100 Unidades Formadoras de Colonias/g. La determinación de las se realizo por α concentraciones séricas de IL-1 y TNF- ELISA.</p> <p>Resultados: La incidencia de la TB fue mayor en el grupo RES-NPT (66,6%) que en el grupo RES-NPT-DIS (30%) (p=0,001, p<0,05). El riesgo relativo fue de 2.22 (IC 95% 0,81-6,11) y el número necesario a tratar, 3 (IC 95% 1-235) fueron superiores α Las concentraciones séricas de IL-1 y TNF. en el grupo RES-NPT (7,537 y 5,399 pg/ml, respectivamente) que en el grupo RES-NPT-DIS (6,397 y 5,032 pg/ml, respectivamente) (p<0.01).</p> <p>Conclusiones: 1.- La DIS tiene un efecto reductor en la TB en un modelo murino de resección intestinal bajo NP. 2.- El daño hepático se redujo en los animales que recibieron DIS.</p>

**ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE Y TRASLOCACION BACTERIANA:
PAPEL DE LA NUTRICION ENTERAL MINIMA**

Autores	I Eizaguirre, N. Garcia Urkia, Ab. Asensio, A. Cano, N. Sampron, Jm. Garcia-Arenzana P. Bachiller, P Aldazabal
Instituciones	Hospital Donostia- Osakidetza-Servicio Vasco De Salud
Texto	<p>Introducción: la enterocolitis necrotizante (ECN) y la translocación bacteriana (TB) tienen en común que en las dos el sobrecrecimiento bacteriano, la disminución de la inmunidad y el daño de la mucosa intestinal, con el consiguiente fallo del efecto barrera, pueden actuar como factores desencadenantes.</p> <p>Los objetivos prioritarios en el manejo de la ECN son disminuir la mortalidad por sepsis y conseguir la tolerancia alimentaria. En este sentido, la nutrición enteral mínima (NEM) (menos del 25% de las calorías suministradas por ruta enteral) es una técnica cada vez más utilizada en recién nacidos que reciben nutrición parenteral total (NPT), para frenar la atrofia de las vellosidades asociada al ayuno y atenuar sus consecuencias.</p> <p>Objetivos: el objetivo de este trabajo ha sido poner a prueba la hipótesis de que la NEM disminuye la incidencia de la TB en un modelo experimental de NPT, con lo que se podría reducir el riesgo de ECN.</p> <p>Material y Métodos: veinticuatro ratas adultas Wistar sometidas a un régimen de infusión continua de NPT a través de un catéter jugular, fueron distribuidas aleatoriamente en dos grupos. Los animales se mantuvieron durante 10 días en jaulas metabólicas individuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo Control (n=11): animales en ayunas con infusión de NPT estándar (300 ml/24 h, 280 kcal/kg/ 24 h). - Grupo NEM (n=13): NPT estándar y dieta oral (hasta 15 gr/24 h. de pienso, 3.1 kcal/gr). <p>Al final del experimento, los animales fueron sacrificados y se obtuvieron muestras de ganglios linfáticos mesentericos (GGLL), sangre portal y sangre periférica para su posterior cultivo y diagnóstico de TB. Las bacterias fueron identificadas por métodos convencionales en las muestras de sangre. En los GGLL fueron considerados positivos los cultivos con un crecimiento > 100 UFC/g.</p> <p>Resultados: la curva de peso fue mejor en el grupo NEM y la TB disminuyó significativamente. La incidencia de la TB fue de 45% en el grupo Control y en un 8% en el grupo NEM (P>0.005). El riesgo relativo (RR) fue de 5,9 (IC 95% 0.81-43,28) y el número necesario a tratar (NNT) fue de 3 (IC 95% 1-20).</p> <p>Conclusiones: 1.- La nutrición enteral mínima reduce la incidencia de TB en un modelo experimental de nutrición parenteral total. 2.- La reducción de la TB podría disminuir el riesgo de ECN.</p>

ALTERACIONES EN LA INERVACIÓN VAGAL DEL ESÓFAGO EN EL MODELO EXPERIMENTAL DE HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA

Autores	Martínez L, González-Reyes S, *Burgos E, Tovar JA.
Instituciones	Servicios de Cirugía Pediátrica y *Anatomía Patológica. Hospital La Paz.
Texto	<p>Introducción y objetivos: Aunque existen evidencias de alteraciones funcionales y anatómicas en el esófago de los pacientes con hernia diafragmática congénita (HDC), su etiología no está clara. El modelo experimental de esta enfermedad ha demostrado varias alteraciones en estructuras derivadas de la cresta neural, por lo que el objetivo de este estudio es demostrar en fetos de rata con HDC si el nervio vago o el recurrente laríngeo, ambos derivados también de la cresta neural, presentan anomalías anatómicas.</p> <p>Métodos: Los embriones con HDC obtenidos mediante administración de Nitrofen en el día 9'5 a ratas gestantes, fueron fijados en formol. Se procesó un bloque anatómico que incluía desde la laringe hasta la bifurcación traqueal, cortándolo axialmente de forma seriada y procesando uno de cada diez cortes. La imagen obtenida fue computerizada usando un programa biológico de reconstrucción tridimensional (TDR-3dbase, versión 1.3, Hubrecht Laboratory, Utrecht, Holanda), examinando en cada feto los nervios vago y recurrente laríngeo, la traquea, el esófago y los grandes vasos torácicos.</p> <p>Resultados: Se incluyeron en el estudio 9 fetos controles de 4 ratas gestantes diferentes y 9 fetos con HDC de 7 madres distintas. Se analizaron en cada uno de 90 a 120 cortes consecutivos para obtener la reconstrucción tridimensional. Los fetos con HDC presentaron alteraciones anatómicas en la inervación esofágica comparados con los controles. Algunas de estas alteraciones fueron: 1) Ausencia del nervio vago izquierdo (2/9) o derecho (2/9), 2) Ausencia del nervio recurrente laríngeo izquierdo (3/9) o derecho (4/9), 3) Hipoplasia severa del tronco nervioso vagal (2/9), 4) Desviaciones anatómicas o cambios en las relaciones anatómicas normales dentro del mediastino (2/9) y 5) Alteraciones en las ramificaciones nerviosas en la parte inferior del esófago (1/9).</p> <p>Conclusiones: Los fetos con HDC presentan anomalías del nervio vago y del recurrente laríngeo que apoyan una vez más la hipótesis de una alteración de la cresta neural como el origen de esta malformación. Las reconstrucciones tridimensionales permiten una comparación fácil y detallada y proporcionan una visión real de la anatomía. Estos hallazgos podrían explicar algunas alteraciones funcionales esofágicas que presentan los pacientes con HDC.</p>

TRAUMATISMO CRANEAL PEDIATRICO. REVISION DE 919 CASOS

Autores	O. Sánchez-París, J.A. Navascués, E. Hernández, A. Cañizo, A. Parente, J.C De Agustín, J.A. Matute, R. Romero, M.A. García-Casillas, J. Vázquez
Instituciones	Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid
Texto	<p>OBJETIVOS: Analizar algunos de los aspectos epidemiológicos de los traumatismos craneales pediátricos en nuestro medio.</p> <p>MATERIAL Y METODOS: Entre Enero de 1995 y Abril de 2002 ingresaron en nuestro Centro 2633 niños por traumatismos, de los que 919 (34.9 %) sufrieron un traumatismo craneal aislado o asociado a otras lesiones y constituyen la población del presente estudio.</p> <p>RESULTADOS: Hubo un claro predominio del sexo varón (n=607, 66.1 %). La distribución fue bastante homogénea en todas las edades, aunque predominaron los niños de 14-15 años (n=178, 19.4 %). Los mecanismos más frecuentes fueron las caídas accidentales (37.8 %), seguidas de los atropellos (13.5 %), las precipitaciones (10.7 %), y los accidentes de automóvil (8.9 %). El 47.6 % de los niños fueron atendidos por personal sanitario previamente a su llegada a nuestro Centro, y de ellos al 50 % les fue aplicada alguna medida de soporte vital básico o avanzado.</p> <p>El 62.7 % fueron traumatismos craneales (TC) aislados y el 37.3 % asociados a lesiones extracraneales (EC), principalmente del aparato locomotor (n=144) y faciales (n=142). Comparando ambos grupos (TC y EC), se hallaron grandes diferencias en cuanto a edad, etiología, severidad, necesidad de cuidados intensivos, estancia hospitalaria y morbimortalidad, que fueron claramente superiores en el segundo grupo.</p> <p>Según la escala de coma de Glasgow (GCS), hubo 43 traumatismos craneales severos (GCS £ 8), 89 moderados (GCS 9-13) y 787 leves (GCS 14-15). Sin embargo, en 6 de los clasificados como moderados y en 24 de los considerados leves se diagnosticaron mediante TAC lesiones intracraneales como hemorragias, hematomas y contusiones cerebrales, a pesar de que sólo se realizó TAC craneal a un tercio y una décima parte de los niños, respectivamente. Casi la mitad de los traumatismos craneales severos se produjeron en accidentes de automóvil, y en ninguno de ellos los niños eran portadores de dispositivos de retención. En total, se realizaron 142 estudios por TAC y se diagnosticaron 79 lesiones en 68 niños. Las lesiones anatómicas más frecuentes fueron las fracturas de cráneo (n=147).</p> <p>Se realizaron 24 intervenciones neuroquirúrgicas en 21 pacientes. Los 10 niños que fallecieron habían sufrido un traumatismo craneal severo (GCS £ 8), siendo en este grupo la mortalidad del 23.3 %. Estos fallecimientos representaron el 76.9 % del total de muertes por trauma en el periodo de estudio.</p> <p>CONCLUSIONES: Los traumatismos craneales constituyen la primera causa de muerte en la infancia, y los casos mortales se asocian principalmente a accidentes de automóvil en los que el niño no lleva ningún dispositivo de retención. Una puntuación elevada en la escala de coma de Glasgow no excluye en absoluto la posibilidad de que exista una lesión intracraneal. Los niños que sufren una fractura de cráneo tienen, al menos, un 46.3 % de posibilidades de tener una lesión intracraneal asociada.</p>

LESIONES RAQUIMEDULARES EN LA INFANCIA

Autores	A. Cañizo, J.A. Navascués, E. Hernández, O. Sánchez-París, A. Parente, J. Cerdá, E. Molina, E. De Tomás, J.C De Agustín, J.A. Matute, J. Vázquez
Instituciones	Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid
Texto	<p>OBJETIVOS: Analizar distintos aspectos de las lesiones raquimedulares en nuestro medio.</p> <p>MATERIAL Y METODOS: Entre Enero de 1995 y Abril de 2002 fueron ingresados en nuestro Centro 2640 niños tras sufrir traumatismos. De ellos, 86 (3.3 %) sufrieron una lesión raquimedular y constituyen la población del presente estudio.</p> <p>RESULTADOS: Fueron 45 niños y 41 niñas. Hubo 71 casos con fracturas vertebrales, 3 de ellos con afectación medular (4.2 %), 13 subluxaciones vertebrales, 11 de ellas a nivel C1-C2, y 2 casos de lesión medular aislada (SCIWORA).</p> <p>Los 71 niños con fracturas vertebrales representaron el 4.9 % del total de niños ingresados con algún tipo de fractura (n=1457). Se diagnosticaron 130 fracturas vertebrales en los 71 niños, siendo en 35 de ellos (49.3 %) fracturas múltiples. Las vértebras torácicas fueron las más afectadas (n=82, 63 %). Los segmentos lesionados con mayor frecuencia fueron de T4 a T8 (n=50, 38.5 %) y de T11 a L2 (n=41, 31.5 %). El grupo de edad más numeroso fue de 12 a 15 años (n=35, 49.3 %), con sólo 5 casos por debajo de los 6 años de edad (7 %). El 90.9 % de los niños con fracturas a nivel lumbar tenían más de 8 años y el 76.9 % de las fracturas cervicales ocurrieron en niños mayores de 10 años. El 92.3 % de las subluxaciones vertebrales ocurrieron por encima de los 6 años de edad.</p> <p>La etiología más frecuente fueron los accidentes de automóvil (n=20, 23.3 %), y en el 81 % de los casos los niños no portaban ningún dispositivo de retención.</p> <p>En 54 casos (62.8 %) se asociaron otras lesiones, siendo las más frecuentes los traumatismos craneales (35.2 %) y las lesiones del aparato locomotor (33.3 %).</p> <p>De los 10 niños con lesiones cervicales que fueron atendidos por personal sanitario antes de su llegada al Hospital, sólo a 4 de ellos les fue colocado un collarín cervical, y de los 35 niños atendidos con lesiones a nivel torácico o lumbar sólo 27 fueron trasladados a nuestro Centro en un medio de transporte especializado, y ninguno de ellos fue correctamente inmovilizado en una tabla de transporte.</p> <p>Sólo 2 casos precisaron tratamiento quirúrgico, ambos fracturas inestables con compromiso medular. El resto de los casos se trató de forma ortopédica. La estancia hospitalaria osciló entre 2 y 37 días, con un promedio de 6 días. Un niño falleció a causa de un traumatismo craneoencefálico severo.</p> <p>CONCLUSIONES: A diferencia de otros traumatismos, las lesiones raquimedulares en nuestro medio incidieron de forma similar en ambos sexos. La incidencia de traumatismos raquimedulares en nuestra serie es superior a la referida en la literatura. La mayor parte tienen lugar en niños mayores y se producen principalmente a nivel torácico. El manejo prehospitario de este tipo de lesiones es claramente mejorable, y el hecho de que la mayor parte de los niños que sufrieron un accidente de automóvil no portara ningún dispositivo de retención debe hacer reforzar las medidas orientadas en este sentido.</p>

CORRECCIÓN DEL PECTUS CARINATUM SECUNDARIO A LA TÉCNICA DE NUSS (poster)

Autores	Delgado Muñoz MD, López M, Cabezalí D, Herrero E, Benavent MI, Berchi FJ
Instituciones	Hospital Universitario 12 de Octubre
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: Los pacientes con pectus excavatum y síndrome de Marfan, debido al hipercrecimiento de los cartílagos costales, tienen mayor predisposición a la recidiva tras la corrección quirúrgica y al desarrollo de otras malformaciones costales.</p> <p>CASO CLÍNICO: Niña de ocho años con antecedentes personales de síndrome de Marfan intervenida de pectus excavatum mediante la técnica de Nuss a los seis años de edad, con buen resultado inicial. Al año de la cirugía se observa asimetría en hemitórax izquierdo. Se realiza TC torácica en el que se aprecia hipercrecimiento de los cartílagos costales, por lo que se decide tratamiento coadyuvante con el corsé de Vidal y apoyo en la zona afectada. Actualmente se ha corregido el pectus carinatum y está pendiente de la retirada de la barra intratorácica.</p> <p>DISCUSIÓN: El uso de la ortopedia convencional combinada con la corrección quirúrgica de las malformaciones torácicas, puede ser de gran utilidad en los pacientes complejos.</p>

RESECCIÓN CRICOTRAQUEAL PARCIAL COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS SUBGLÓTICA SEVERA EN NIÑOS (poster)

Autores	A. Cañizo , M.A. García-Casillas , J.A. Matute , J. Vázquez
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Texto	<p>Introducción: La estenosis subglótica es una enfermedad poco frecuente en niños. Su origen puede ser congénito pero generalmente es secundaria a períodos de intubación prolongados. Existen 4 grados de estenosis dependiendo del porcentaje de superficie ocluída, siendo la resección cricotraqueal útil en el tratamiento de los casos mas severos (grados III y IV de Cotton).</p> <p>Caso clínico: Varón de un año de edad con antecedentes de tetralogía de Fallot intervenida quirúrgicamente, que tras 12 días de intubación, desarrolló una estenosis subglótica. Tras un intento fallido de corrección (Split), fue traqueostomizado y derivado a nuestro hospital. La fibrobroncoscopia realizada al ingreso mostró una estenosis subglótica cicatricial grado IV de Cotton. Se realiza una resección cricotraqueal parcial con anastomosis tirotraqueal primaria según la técnica descrita por Monnier, colocándose un tubo de Portex del 4.5. La extubación se consigue al 5º día postoperatorio, siendo dado de alta al 10º día con una buena fonación inicial. Desarrolla un granuloma subglótico que se extirpa a los 2 meses de la intervención. Actualmente el paciente se encuentra asintomático tras un período de seguimiento de 7 meses. En este estudio se describe la técnica quirúrgica así como el protocolo de cuidados postoperatorios.</p> <p>Conclusión: La resección cricotraqueal parcial es una técnica quirúrgica poco empleada en niños muy útil en el tratamiento de los grados avanzados de estenosis subglótica donde obtiene mejores resultados que las laringotraqueoplastias, consideradas el tratamiento de elección hasta el momento actual.</p>

ESPLENECTOMÍA SUBTOTAL COMO TRATAMIENTO DE UN HAMARTOMA ESPLÉNICO EN EDAD PEDIÁTRICA (poster)

Autores	Liras Muñoz J, Sánchez Abuin A, Somoza Argibay I, Gómez Tellado M, Méndez Gallart R, Maté A*, Pais Piñeiro E, Vela Nieto D
Instituciones	Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña
Texto	<p>Introducción: Los tumores sólidos del bazo son una entidad clínica excepcional, excluyendo aquellos linfomas que en su extensión sistémica afectan al bazo. Los casos recogidos en la Literatura son escasos, existiendo discrepancias entre los diferentes autores sobre su etiología y frecuencia. Parecen ser más frecuentes los benignos, como angiomas, adenomas y, principalmente, hamartomas. Los tumores malignos, como el angiosarcoma, son rarísimos. Su tratamiento ha sido, clásicamente, la esplenectomía total, asumiendo los riesgos que ello conlleva en edad pediátrica.</p> <p>Caso clínico: Niña de 2 años de edad, sin antecedentes de interés, diagnosticada de esplenomegalia en el transcurso de un cuadro febril agudo de origen faringoamigdalario. Se realiza una ecografía abdominal que demostró la esplenomegalia a expensas de una tumoración sólida de unos 4 cm. de diámetro en polo inferior esplénico. El resto de la exploración física de la niña fue normal y los estudios analíticos no demostraron alteraciones hematológicas ni de otra índole. Se realiza RMN abdominal, confirmándose la presencia de una masa bien delimitada, sólida, homogénea, no hipervascularizada, de 4 cm. de diámetro, en polo inferior de bazo. Tras completar inmunización antineumocócica, se decide laparotomía a través de incisión subcostal izquierda. Se libera el bazo mediante ligadura de los vasos cortos de la curvatura gástrica mayor y se observa masa sólida única, intraparenquimatosa, de aspecto superficial blanquecino, en su tercio medio. Se disecciona el hilio esplénico, observando la ramificación del paquete arteriovenoso en 4 ramas. Se ligan las 3 ramas superiores, permaneciendo viable el tercio inferior del bazo. Se procede a la esplenectomía subtotal con márgenes libres de tumoración, mediante el empleo del bisturí armónico Ultracision. La superficie de corte se coagula con el bisturí eléctrico de Argón y se comprime con una malla de colágeno hemostático suturada con puntos transfixivos de Gore-Tex. Tras comprobar la ausencia de sangrado, la benignidad de la tumoración en el estudio anatomopatológico intraoperatorio y la buena perfusión del bazo conservado, se procede al cierre de la incisión. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con retirada del drenaje abdominal a las 24 horas, sin necesidad de hemotransfusiones y con Alta hospitalaria al 6º día. La niña permanece asintomática a los 3 meses con profilaxis antibiótica. El diagnóstico anatomopatológico confirmó que se trataba de un hamartoma esplénico.</p> <p>Conclusión: Los avances tecnológicos y los nuevos biomateriales permiten afrontar la cirugía del bazo de una manera más conservadora que antaño. Si a esto unimos la reducción drástica del riesgo de sepsis neumocócica al mantener tejido esplénico funcional, creemos que la hemiesplenectomía o esplenectomía subtotal son de elección al día de hoy para estas cirugías en edades inferiores a los 5 años.</p>

ADENOCARCINOMA DE ILEON TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EDAD JUVENIL (poster)

Autores	Ayuso L, Gutierrez C, Esteban R, Roca A, Ribes C, Hernandez E.
Instituciones	Hospital Materno Infantil La Fe Valencia
Texto	<p>Introducción: La malignización en la Enfermedad Inflamatoria (EI) se presenta muy raramente en la segunda década de la vida. El descenso ileal con mucosectomía, pretende curar la Colitis Ulcerosa. Presentamos un caso de degeneración tumoral del intestino delgado descendido.</p> <p>Caso clínico: Paciente mujer de 17 años intervenida en nuestro centro a los 9 años (marzo 1995) por megacolon tóxico con perforación en tratamiento corticoideo por colitis ulcerosa. Se le practicó una colectomía subtotal y en un segundo tiempo, anastomosis ileoanal con mucosectomía sin reservorio. Presentó en el postoperatorio trombosis venosa femoral bilateral, evolucionando favorablemente Permaneció asintomática y sin brotes de colitis 7 años (hasta junio de 2002), fecha en la cual comenzó a presentar fístulas anales de repetición y molestias perineales., controlada en su centro de referencia. A partir de abril de 2003 comienza con clínica progresiva de estenosis de la anastomosis ileoanal En junio de 2003 ingresa por un cuadro de diarrea por rebosamiento, detectándose una suboclusión intestinal. Mediante TAC y colonoscopia se confirma un engrosamiento parietal de la anastomosis que resulta infranqueable al colonoscopia y cuya biopsia resulta diagnóstica de adenocarcinoma. Los marcadores tumorales se encontraban elevados (CEA:12 ng/m (0-5), CA 19.9: 421 UI/ml(0-30 En agosto de 2003 se le practicó una amputación abdomino-perineal ampliada con colpectomía postero-superior por infiltración tumoral e ileostomía definitiva. El estudio anatomopatológico reveló un adenocarcinoma de ileon bien diferenciado, ulcerado e infiltrante hasta la serosa y los ganglios fueron negativos. Actualmente presenta la pauta quimioterápica que corresponde a adenocarcinoma en estadio II (pT4 N0 M0 G2 R0)</p> <p>Discusión: Este caso presenta muchas dudas. La malignización del ileon descendido no es asumible en el caso de Colitis Ulcerosa operada con mucosectomía. La presentación de fístulas anales de repetición, y estenosis ileoanal son muy sospechosas de tratarse de una Enfermedad de Crohn, por lo que cabría un posible error en la biopsia inicial. Aunque este caso sea excepcional, los enfermos con EI precisan seguimiento muchos años después de concluir la edad pediátrica,</p>

IMPORTANCIA DE LA PREMURA DIAGNÓSTICA EN LA FASCITIS NECROSANTE ASOCIADA A VARICELA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS (poster)

Autores	López Saiz A (1), Benlloch-Sánchez C(1) Martínez-Costa C(2). Muñoz Bonet JI (2). Brines-Solanes J (2)
Instituciones	(1) Unidad de Cirugía Pediátrica. (2)Servicio de Pediatría. (3) Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínic Universitari. Valencia
Texto	<p>INTRODUCCIÓN.</p> <p>La fascitis necrosante es una enfermedad infrecuente en la infancia pero de infausto pronóstico. Por nuestra experiencia en dos casos en los últimos 4 años, creemos fundamental que se conozca la importancia de un tratamiento quirúrgico precoz en el pronóstico de supervivencia de estos pacientes.</p> <p>CASOS CLÍNICOS.</p> <p>El primer caso corresponde a una niña de 38 meses que en el curso de una varicela presentó una lesión inframamilar dolorosa, caliente y eritematosa de 12 centímetros con extensión inicial a tejidos blandos y fascia. Se trató inicialmente con cefuroxima endovenosa y curas locales, a pesar de lo cual el cuadro clínico empeoró rápidamente, por lo que nos fue remitida. A su llegada iniciamos el tratamiento con penicilina a altas dosis, seguido por intervención quirúrgica inmediata, a través de toracotomía derecha donde se evidenció necrosis que llegaba en profundidad hasta el parénquima pulmonar. La biopsia y el cultivo confirmaron el diagnóstico de fascitis necrosante. La mejoría postoperatoria fue espectacular, recibiendo el alta hospitalaria a los quince días de la cirugía, con la única secuela de un refuerzo pleural en los controles radiológicos postoperatorios.</p> <p>La experiencia adquirida en este primer caso, que motivó una revisión concienzuda de la literatura al respecto, nos fue de extrema utilidad cuando se nos consultó telefónicamente desde otro centro sobre la mejor pauta antibiótica a aplicar en un niño de 19 meses cuya descripción se asemejaba a la descrita en el caso anterior, si bien en este la lesión cutánea abarcaba la bolsa escrotal y la región inguinal izquierda. Se habilitó un traslado urgente, instaurando de inmediato la pauta antibiótica antes descrita, a pesar de lo cual a su llegada el eritema cutáneo ya se extendía a la totalidad del hemiabdomen inferior izquierdo y hasta vacío derecho. Se intervino de inmediato, comprobándose necrosis de la grasa subcutánea a todos esos niveles, sin afectación testicular. La evolución postoperatoria fue asimismo de rápida mejoría, encontrándose el paciente al año de la intervención asintomático.</p> <p>CONCLUSIONES.</p> <p>La fascitis necrosante es una infección bacteriana aguda y fulminante, que se favorece con los estados de inmunosupresión (varicela). Su evolución hace esencial estar alerta cuando la sospechamos. El desbridamiento quirúrgico precoz y repetido si es necesario, y la antibioterapia con penicilina a altas dosis son las bases del éxito.</p>

QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Autores	Burgués PL, Escartín R, Sáinz A, Gracia J, Esteban JA.
Instituciones	Hospital Materno-Infantil Universitario Miguel Servet
Texto	<p>Introducción: Las tumoraciones de la línea media del cuello constituyen un problema habitual en la práctica diaria. Dentro de ellas los quistes del conducto tirogloso (QCT) son las más frecuentes y son en ocasiones, fuente de resultados frustrantes en su tratamiento quirúrgico. Con el objetivo de determinar factores que puedan influir en el número de recidivas, se realiza un estudio retrospectivo sobre la casuística de QCT de un Servicio de Cirugía Pediátrica.</p> <p>Material y métodos: Se revisan 302 casos consecutivos intervenidos de tumoraciones de la línea media del cuello durante un periodo de 28 años (1975-2003). De ellas 198 (65,5%) fueron QCT, 80 (26,4%) quistes dermoides, 22 (7,2%) adenopatías, 1 pilomatrixoma y 1 lipoblastoma. Se analizan sexo, edad, localización, infección previa, técnica quirúrgica empleada y recidiva en los casos de QCT.</p> <p>Resultados: De los casos de QCT analizados, 122 (61,6%) eran varones y 76 (38,4%) mujeres. La media de edad en el momento de la intervención fue de 5,07 años (1-15). La localización fue en 179 casos (91,3%) media, en 13 casos lateralizada a la derecha, en 13 casos lateralizada a la izquierda, en 12 casos submentoniana y en 25 infrahioidea. 102 (51,5%) casos habían presentado algún proceso inflamatorio previo a la intervención, precisando drenaje quirúrgico en 14 ocasiones y en 28 presentaron supuración espontánea. Se intervinieron 182 (91,9%) casos mediante la técnica de Sistrunk y en 15 casos se procedió a la extirpación simple del quiste al no considerarlo un QCT. Se produjeron 8 (4,3%) casos de recidiva cuando se empleó la técnica de Sistrunk y 15 (60%) con la extirpación simple del quiste. No se encontraron diferencias significativas entre las infecciones previas y el número de recidivas de la intervención, pero sí en el número de recidivas según la técnica quirúrgica empleada.</p> <p>Conclusiones:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Los QCT son la patología quirúrgica más frecuente en la línea media del cuello.2.- No hemos podido demostrar diferencias significativas que relacionen la infección previa a la intervención y el número de recidivas.3.- La técnica de Sistrunk en el tratamiento de los QCT proporciona unos buenos resultados, pero requiere para su aplicación un diagnóstico preoperatorio correcto.

SESION CIENTIFICA VI

Tema General: moderadores Dr. Javier Lluna González, Dr. Jorge Rodríguez Alarcón

NUEVA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN LA GASTROSKISIS: SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ATENDIENDO A SU FISIOPATOLOGÍA.

Autores	Peiró JL, Guindos-Rúa S, Lloret J, Marhuenda C, Torán N, Martínez-Ibáñez V.
Instituciones	Unidad de Cirugía Fetal y Neonatal. Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: La gastrosquisis (GQS) es un defecto congénito de la pared abdominal que se caracteriza por la exposición de las asas intestinales al líquido amniótico a través de un orificio paraumbilical derecho. Tras el nacimiento a término, observamos gran edema e inflamación del intestino expuesto. En la corrección quirúrgica, éste ofrece una difícil reubicación abdominal, precisando en ocasiones un silo y cierre diferido. En el postoperatorio observamos un periodo prolongado de hipomotilidad intestinal que obliga a una nutrición parenteral (NPT) y a una larga estancia hospitalaria. El objetivo de este estudio es evaluar los beneficios de adelantar el parto para evitar la inflamación de las asas y evitar sus consecuencias neonatales.</p> <p>PACIENTES Y METODOS: Desde Julio 2002 hemos tratado 6 casos de GQS con diagnóstico prenatal, siguiendo una nueva estrategia que consiste en adelantar el parto por cesárea programada a las 34-36 semanas de gestación y realizar una reducción intestinal por su orificio en la propia incubadora (técnica de Bianchi) bajo anestesia. Hemos comparado este grupo pretérmino (PT) con los 6 casos previos, operados desde Enero 1999, en que se dejó la gestación a término (AT). Se analizan el aspecto de las asas, la técnica quirúrgica, necesidad de silo, existencia de atresias, evolución postoperatoria, necesidad de NPT y estancia hospitalaria.</p> <p>RESULTADOS: Todos los casos AT presentaron importante edema intestinal con engrosamiento de la pared. Se practicó cierre primario mediante laparotomía en 1 caso y cierre diferido con silo de silastic en 5 casos. En 1 caso existía atresia intestinal. 1 caso falleció por sepsis de origen intestinal. Necesitaron NPT durante una media de 38 días y la estancia hospitalaria fue de 66 días.</p> <p>El grupo PT se controló mediante ecografía prenatal. Tras el parto por cesárea electiva entre las 34 y las 36 semanas, se observaron asas intestinales herniadas de aspecto normal, sin signos inflamatorios ni edema, excepto en un caso, que mostraba sonolucencia intestinal en la ecografía antes de las 34 semanas. Ningún caso presentó dificultad respiratoria. Se realizó técnica de Bianchi sin dificultad en todos los casos. Un caso requirió revisión por una adherencia oclusiva, que alargó su estancia. La NPT se precisó en una media de 13 días y la alimentación enteral se inició a los 6 días. La estancia hospitalaria media fue de 24 días, si excluimos el caso que mostraba asas edematizadas.</p> <p>CONCLUSIONES: Esta nueva estrategia de tratamiento de la GQS, adelantando el parto, evita la inflamación de las asas intestinales, facilitando su reducción por técnica de Bianchi, minimiza la aparición de atresias, reduce el periodo de hipoperistalsis intestinal, con introducción precoz de la alimentación oral y reducción de los días de NPT y estancia hospitalaria. Requiere una buena cooperación multidisciplinar entre los equipos de obstetricia, neonatología y cirugía pediátrica.</p>

CÉLULAS INTERSTICIALES DE CAJAL IMPLICADAS EN LA HIPOPERISTALSIS INTESTINAL DE LA GASTROSQUISIS.

Autores	Peiró JL, Guindos S, Giné C, Lloret J, Marhuenda C, Torán N, Martínez-Ibáñez V.
Instituciones	Unidad de Cirugía Fetal y Neonatal. Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: La gastrosquisis (GQS) se caracteriza por un periodo de hipomotilidad intestinal que retrasa la tolerancia de la alimentación oral y obliga a una nutrición parenteral (NPT) prolongada. Las células intersticiales de Cajal (ICC) son células especializadas del primitivo músculo liso y constituyen el pacemaker de la motilidad intestinal. Se han demostrado alteraciones en su número o distribución en patologías intestinales como la estenosis hipertrofica de píloro, la enfermedad de Hirschsprung o el íleo meconial. El objetivo de este estudio es determinar alteraciones en las ICC en los pacientes con GQS y edema de asas por la exposición prolongada al líquido amniótico frente a los que no presentan inflamación intestinal.</p> <p>PACIENTES Y METODOS: Desde Enero 2003, se han estudiado histológicamente los apéndices cecales de 4 neonatos afectos de GQS, uno de ellos con edema intestinal, y de otros 4 neonatos normales (grupo control) tras apendicectomías incidentales en la cirugía de la GQS o de una hernia diafragmática congénita, respectivamente. Analizamos las ICC mediante anticuerpo c-kit por inmunohistoquímica en la capa muscular de la pared intestinal del apéndice. Se evalúa el curso postoperatorio, el inicio de la tolerancia oral y de necesidad de NPT en todos los casos.</p> <p>RESULTADOS: Desde que adelantamos el parto en los casos de GQS, las asas intestinales se presentan sin engrosamiento de la pared, excepto en 1 caso que tenía signos evidentes de edema e inflamación. El estudio histológico del apéndice cecal de este paciente evidenció una disminución sustancial del número de ICC. Clínicamente presentó un prolongado periodo de hipomotilidad (27 días) y precisó NPT durante 48 días. Los otros 3 casos de GQS estudiados presentaron una disposición y número normal de las ICC que correlaciona con unos periodos más cortos de hipoperistalsis (6 días) con necesidad de una media de 11 días de NPT. Los apéndices del grupo control no presentaron anomalías en las ICC ni en el peristaltismo intestinal en los primeros días de vida.</p> <p>CONCLUSIONES: Al igual que se ha demostrado la alteración de las ICC en algunas patologías intestinales neonatales, la GQS parece presentar una depleción transitoria de las ICC por la irritación que provoca el líquido amniótico sobre las asas intestinales expuestas. Este hecho correlaciona clínicamente con la hipoperistalsis prolongada, que cede a medida que maduran y aumentan las ICC. En los casos de GQS que adelantamos el parto para evitar el engrosamiento de las asas, se mantienen las ICC normales y se evita la hipomotilidad que condiciona largos periodos de NPT y estancias hospitalarias prolongadas.</p>

CRECIMIENTO PULMONAR FETAL TRAS OCLUSIÓN TRAQUEAL EN EL FETO HUMANO CON HERNIA DIAFRAMÁTICA CONGÉNITA.

Autores	Peiró JL, Torán N, Gratacós E, Carreras E, Enriquez G, Lloret J, Martínez-Ibáñez V.
Instituciones	Programa de Cirugía Fetal. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: La hernia diafragmática congénita (HDC) puede generarse en etapas precoces de la gestación. En estos casos, el grado de hipoplasia pulmonar condicionará la insuficiencia respiratoria del recién nacido y el índice de mortalidad. Además de realizar el diagnóstico prenatal, la ecografía nos permite determinar el grado de hipoplasia pulmonar mediante el índice lung-head ratio (LHR). Cuando el LHR es menor a 1 y se asocia a herniación hepática, predice una mortalidad próxima al 100%. Se ha propuesto la oclusión traqueal fetal para estimular el crecimiento pulmonar y revertir la hipoplasia pulmonar. Actualmente estamos realizando dicha oclusión de forma fetoscópica mediante la colocación de un globo endotraqueal como tratamiento de rescate en estos casos de HDC grave. El objetivo de este trabajo es demostrar que existe un verdadero crecimiento pulmonar fetal.</p> <p>PACIENTES Y METODOS: Desde Octubre 2002 hemos tratado 6 casos de HDC de diagnóstico prenatal con criterios ecográficos de gravedad para indicar el tratamiento fetal intrauterino, como son LHR < 1 y herniación del hígado. Se ha practicado la oclusión de la traquea fetal (OT) mediante colocación fetoscópica de globo endotraqueal en la 26-27 semana de edad gestacional (EG). En todos los casos hemos monitorizado el crecimiento pulmonar tras la OT mediante ecografía y RNM-volumetría pulmonar. Tras el nacimiento se ha comprobado la funcionalidad pulmonar. Durante la reparación quirúrgica del defecto diafragmático se ha observado el aspecto macroscópico del pulmón ipsilateral y se ha tomado biopsia para el análisis histológico del mismo.</p> <p>RESULTADOS: Todos los casos tratados han mostrado un incremento en los valores ecográficos del LHR partiendo de un índice < 1 y llegando a ser >2 tras 3 semanas de OT. El incremento en el volumen pulmonar relativo(VPR) es patente en la volumetría-RM pasando de valores < 20% a un VPR >45 %. Tras el nacimiento han mostrado una imagen radiológica con buenos campos pulmonares y tras un soporte ventilatorio inicial han sobrevivido los últimos 4 casos. En la cirugía reparadora del diafragma se ha podido ver un pulmón ipsilateral grande, cuyo estudio histológico ha mostrado un pulmón en fase sacular con un desarrollo normal tanto del parénquima pulmonar como de la arquitectura y estructura vascular.</p> <p>CONCLUSIONES: Tras la oclusión traqueal fetal en la HDC a las 26 semanas de EG se demuestra una clara reversión de la hipoplasia pulmonar y un evidente crecimiento pulmonar desde el punto de vista ecográfico y de volumetría pulmonar por RM durante la etapa fetal, así como radiológico, macroscópico, histológico y funcional en el periodo postnatal.</p>

**HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA.
5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD CON ECMO.**

Autores	Bernardo Atienza B; Franco Fernández ML; Sanz López E; Zevallo Sarratos S; Sánchez Luna M; Romero R*; Garcia Casillas MA*;
Instituciones	Servicio de Neonatología.*Servicio de Cirugía pediátrica. HGU.Gregorio Marañón. Madrid.
Texto	<p>INTRODUCCION El propósito de nuestro análisis es evaluar retrospectivamente las distintas poblaciones de recién nacidos con Hernia Diafragmática Congénita (HDC) en función del tratamiento recibido así como los factores relacionados con su morbilidad; durante un periodo de 5 años, desde el inicio del programa ECMO en nuestro centro.</p> <p>MATERIAL Y METODOS Desde Octubre 1997 - Enero 2004, 40 pacientes fueron admitidos en UCIN diagnosticados de HDC. 30 fueron manejados con tratamientos convencionales, incluyendo ventilación con alta frecuencia, surfactante exógeno y óxido nítrico inhalado; 10 pacientes requirieron ECMO como soporte de la función cardiorrespiratoria y 4, con criterios respiratorios de ECMO no fueron incluidos por presentar alguno de los criterios de exclusión. La distribución por sexos, peso y edad gestacional fue similar en ambos grupos. La indicación de ECMO fue la incapacidad para mantener una oxigenación adecuada a pesar de tratamiento convencional, con Índices de oxigenación > 40, o situaciones de hipoxemia severa con deterioro agudo e inestabilidad hemodinámica grave.</p> <p>RESULTADOS 26 pacientes (86%) entre los que recibieron tratamiento convencional sobrevivieron. En el grupo que precisó ECMO; 6 pacientes (60%) pudieron ser decanulados con éxito, de los cuales 1 de ellos falleció a las 48 horas con una hemorragia cerebral y el segundo a los 10 días de la salida de ECMO con un cuadro de insuficiencia respiratoria progresiva. 4 (40%) pacientes fueron dados de alta hospitalaria. La estancia media en ECMO de estos pacientes fué de 12,4 días con un máximo de 19 y un mínimo de 5, siendo el grupo diagnóstico en ECMO con estancia media hospitalaria más prolongada. La corrección quirúrgica del defecto diafragmático se realizó, en 3 ocasiones previamente, requiriendo ECMO tras deterioro respiratorio después de la cirugía, de los cuales sobrevivió al alta hospitalaria 1 paciente, durante su estancia en ECMO se intervinieron 4 pacientes, de los cuales sobrevivió 1, así como 3 pacientes que sobreviven tras ser intervenidos después de su decanulación de ECMO. Durante su estancia en ECMO presentaron complicaciones hemorrágicas severas 3 pacientes, y hemorragia cerebral en otro caso que no sobrevivieron.</p> <p>CONCLUSIONES El tratamiento con ECMO en pacientes con HDC puede rescatar un 30 - 40 % de pacientes con deterioro respiratorio agudo, requiriendo ajustar los criterios de ECMO a este grupo diagnóstico tratando de minimizar el daño pulmonar del tratamiento convencional en casos susceptibles</p>

REFLUJO GASTROESOFAGICO ÁCIDO Y NO ÁCIDO EN EL RECIEN NACIDO. DATOS PRELIMINARES DE ESTUDIO CON IMPEDANCIA INTRAESOFÁGICA.

Autores	López-Alonso M*, Moya MJ*, Ribas J**, Cabo JA*, Macías MC*, Silny J***, Sifrim D****.
Instituciones	*HUI"Virgen del Rocío" ** Facultad de Medicina de Sevilla *** Universidad Técnica de Aachen (Alemania) **** Universidad de Lovaina (Bélgica)
Texto	<p>La pHmetría es considerada "gold standar" para la detección del reflujo gastroesofágico (RGE). Sin embargo, en niños pretérminos y lactantes, aproximadamente el 70 % del tiempo, el ácido gástrico esta neutralizado por alimento y el RGE es de material menos ácido que no es detectado con la pHmetria. La impedancia esofágica intraluminal (IEI) es un nuevo método que permite la detección de flujo intraesofágico anterogrado y retrogrado de líquidos y gas. Combinada con pHmetria, esta técnica detecta todos los episodios de reflujo ácido y no ácido tanto liquido como gaseoso. La relación entre patología cardio-respiratoria y reflujo gastroesofagico del recién nacido es todavía controvertida.</p> <p>El OBJETIVO de nuestro estudio es a) establecer los valores normales de reflujo ácido, no ácido y gaseoso, b) cuantificar y analizar la relación temporal entre reflujo gastroesofagico (ácido y no ácido) con episodios cardio-respiratorios en recién nacidos con enfermedad respiratoria.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS: Sujetos: neonatos con respiración espontánea y alimentación oral ó por sonda sin patología asociada. Un catéter de pH-impedancia-alimentación (diam 3 mm) es colocado transnasal, post registro manométrico, ubicando un sensor de pH a 3 cm del EEI y otro intragastrico. La IEI es medida en todo el cuerpo esofágico con 8 canales de impedancia (1.5 cm).Alimentación por sonda es mantenida de acuerdo a indicación. RGE ácido se define como flujo retrogrado por impedancia y caída de pH por debajo de 4. Reflujo levemente ácido (caída de ph entre 6-4) y reflujo no ácido solo detectado por impedancia (ph -6-7).</p> <p>RESULTADOS PRELIMINARES: Hasta ahora se estudiaron 6 neonatos. La sonda de pH-impedancia-alimentación fue bien tolerada. La calidad técnica de los registros es aceptable en relación a los movimientos, llanto del recién nacido y otras mediciones simultaneas. El numero total de episodios de reflujo/24hs detectado por impedancia fue $41,17 \pm 12,71$. El número de reflujos en pHmetrias de pacientes de edad similar e índice de reflujo < 5% fue $19,3 \pm 6,6$. Del total de 247 reflujos detectados por impedancia el 86% alcanzó el tercio proximal del esófago.</p> <p>CONCLUSION: La impedancia esofágica es un método inocuo que permite detectar reflujos ácidos y no ácidos. El estudio en curso permitirá establecer valores normales para este método y la relación temporal entre episodios de reflujo y eventos cardiorespiratorios.</p>

DIAGNÓSTICO MANOMÉTRICO DE LA DISPLASIA NEURONAL INTESTINAL.

Autores	Millán López A, Lopez Alonso M, Ribas Serna J, Hernandez Orgaz A, García Valles Mc, Polo J.
Instituciones	Hospital Infantil Ciudad Sanitaria Virgen Del Rocio De Sevilla
Texto	<p>La Displasia Neuronal Intestinal (DNI) es uno de los diagnósticos más controvertidos dentro de las enfermedades del sistema nervioso entérico.</p> <p>Objetivos: Evaluar los hallazgos manométricos y la clínica de pacientes con DNI aislada tipo B, correlacionándolos con los hallazgos histológicos. Analizar las diferencias evolutivas de las manometrías anorectales en aquellos pacientes con más de un estudio.</p> <p>Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo, comparativo de casos y controles. Grupo de estudio, 1: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados mediante histoquímica de DNI (existencia de Hiperganglioniismo e Hiperplasia colinérgica) desde Enero de 1981 a Febrero de 2002. El grupo control lo constituyeron pacientes con estreñimiento crónico; este grupo se subdividió en dos subgrupos: grupo 2 que presentaban una manometría anorectal anormal y un estudio histoquímico normal, y grupo 3 con ambos estudios normales, seleccionados de un listado de pacientes aleatoriamente.</p> <p>Las variables manométricas estudiadas fueron la amplitud y duración de las ondas de fluctuación y de relajación en las zonas proximal y media del canal anal manométrico, medidas en mmHg y segundos respectivamente, así como los porcentajes de relajación y el diferencial de estos porcentajes en las ondas de fluctuación y relajación de las zonas proximal y media del canal anal manométrico. Estudio clínico protocolizado y correlación con los hallazgos manométricos. Aplicación del programa estadístico SPSS.</p> <p>Resultados: Se incluyeron 105 pacientes. 133 estudios manométricos. Grupo1: 44 pacientes con 72 estudios manométricos. Grupo 2: 33 pacientes. Grupo 3: 28 pacientes. Se midieron 1074 estímulos de los 3737 revisados. Existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre la amplitud y duración de las ondas de fluctuación y de relajación entre el grupo de estudio y el grupo control. Existe una correlación entre el Hiperganglioniismo y los diferenciales de los porcentajes de relajación y no con la hiperplasia colinérgica. Todas las variables manométricas mejoraron en aquellos pacientes con DNI que tenían dos estudios, siendo estadísticamente significativa la mejoría para la duración y amplitud de la onda de fluctuación de la zona media. No hay diferencias clínicas estadísticamente significativas.</p> <p>Conclusiones: La manometría anorectal es un buen método de diagnóstico para la DNI, observándose alteraciones en la misma que son significativas e independientes de la edad, como son amplitud, duración y diferenciales de los porcentajes de relajación.</p>

ESPLENECTOMÍA Y HEMIESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICAS.

Autores	Olivares P, Rivas S, Leal N, Martínez L, Hernández F, Luis A, Encinas JL, Avila LF, Tovar JA.
Instituciones	Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. (España)
Texto	<p>Actualmente la laparoscopia es la vía de abordaje de elección en cirugía esplénica incluso en presencia de bazo de gran tamaño en enfermedades hematológicas pediátricas. Presentamos nuestra serie de intervenciones esplénicas por vía laparoscópica realizadas entre 1992 y 2004. Entre las 35 esplenectomías realizadas, las indicaciones han sido 9 anemias hemolíticas, 2 poliquistosis, 11 por esferocitosis, 5 talasemias y 8 por púrpura trombocitopénica. En siete ocasiones se realizó colecistectomía por coledocistitis en el mismo tiempo laparoscópico pero en otros cinco niños se había efectuado previamente. Asimismo hemos intervenido a tres pacientes con lesiones benignas del bazo (dos quistes epidermoides y un quiste de inclusión) en los que se realizó hemiesplenectomía laparoscópica. En cinco niños se seccionó el pedículo esplénico con endograpadora, en uno empleando "clips" de titanio y en los 29 restantes con bisturí armónico sin utilizar elementos de sutura metálicos ni de otro tipo. En tres ocasiones se hallaron y extirparon bazos supernumerarios. En las hemiesplenectomías se seccionó parte del pedículo esplénico después de su bifurcación principal y se reseco el parénquima así isquemiado con bisturí ultrasónico. La extracción del órgano se realizó con bolsa adecuada al tamaño del mismo después de trocearlo manualmente. No fue necesaria ninguna "conversión". El postoperatorio no produjo ningún evento de importancia. Hemos tenido dos complicaciones reseñables; un derrame pleural izquierdo por irritación diafragmática y un absceso periumbilical.</p> <p>La vía laparoscópica es la más adecuada para la esplenectomía en el niño a pesar del gran tamaño que habitualmente estos bazos presentan. La intervención realizada por equipos entrenados no provoca complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias de importancia. Con la hemiesplenectomía laparoscópica es posible conservar la parte de bazo no afectada por la lesión, preservando así su función.</p>

QUISTE PERICÁRDICO CON VENTANA A MIOCARDIO.TORACOSCÒPIA (poster)

Autores	J. Bregante, JF Mulet, A Femenia, F Garcia-Algas
Instituciones	Hospital Universitario Son Dureta. Servicio de Cirugía Pediátrica
Texto	<p>Introducción: El quiste pericárdico es una patología poco frecuente en edad pediátrica. Presentamos el video de la toracoscopia realizada para la exéresis de uno de estos quistes asociado a una ventana pericardio-miocardio, con excelente resultado a los 11 meses de seguimiento.</p> <p>Material y Método: Niño de 22 meses que por cuadro de tos y moco es sometido a estudio. Sin antecedentes de interés. La RX de torax muestra cardiomegalia y hallazgos propios de Neumonía; borramiento de la silueta cardíaca por lo que se profundiza el estudio. ECO DOPPLER: Masa quística (36 x 18) adyacente a pared de ventrículo izquierdo. TAC: confirma la masa quística que sugiere el diagnóstico.Serologías, Marcadores, etc.: normales. A los tres meses se comprueba crecimiento y se decide intervención. TORACOSCOPIA. 3 trócares de 5 mm, uno en línea axilar media y los otros en triangulación.Comprobación de naturaleza, relaciones y exéresis de la membrana del quiste, que muestra al abrirla, una ventana peri-miocárdica. Sutura de ventana y plegado de bordes de la pared. Aspiración de torax: 24 horas. Alta a los 3 días de la intervención. Controles sucesivos: Normales.A.-P.: Quiste Mesotelial Pericárdico.</p> <p>Discusión: El QP es una entidad rara en niños. Descubierta casualment en la mayoría de los 20 casos publicados en menores de 18 años. Se descubre más frecuentemente en adultos a partir de los 30 años. Los síntomas que desarrolla son inespecíficos: tos, procesoneumónico y hallazgo, etc.</p> <p>Comentarios: La toracoscopia se ha demostrado como una técnica útil en cirugía pediátrica. La elección de la misma viene determinada por la selección del paciente, patología del mismo y equipo humano preparado para efectuarla.</p>

TRAQUEOMALACIA CONGÉNITA: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Autores	J. Antón-Pacheco, I. Cano, A. García, M. López, D. Cabezalí, J. Cuadros, M.I. Benavent
Instituciones	Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
Texto	<p>Introducción: La traqueomalacia congénita (TMC) es una entidad poco frecuente que se caracteriza por la existencia de colapso de la pared traqueal durante la espiración. Puede ocurrir de forma aislada, denominándose primaria, o bien asociarse a otras entidades entre las que destaca la atresia de esófago con fístula traqueoesofágica (FTE).</p> <p>Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico broncoscópico de TMC en el periodo 1990-2003. Los siguientes parámetros han sido valorados: Sexo, edad, indicación de la broncoscopia diagnóstica, etiología, grupo clínico, tipo anatómico, malformaciones asociadas, forma de tratamiento, complicaciones, resultados y tiempo de seguimiento.</p> <p>Resultados: 46 pacientes han sido diagnosticados de TMC: 25 varones (54%) y 21 niñas (45%). La edad media de diagnóstico ha sido de 11 meses. La indicación de la broncoscopia diagnóstica ha sido: atelectasia (24%), dificultad respiratoria (24%), estridor (21%), sospecha de FTE (11%), fracaso de extubación (11%), pausas de apnea (6%), y neumonía recurrente (2%). La TMC ha sido primaria en 8 pacientes (17%) y secundaria en 38 (82%). La repercusión clínica se ha clasificado en tres grupos: grupo I-leve (7 casos); grupo II-moderada (22 casos); y grupo III-grave (17 casos). La afectación ha sido traqueal en 26 pacientes (56%), bronquial en 12, y traqueo-bronquial en 8 casos. El 95% de los pacientes han presentado malformaciones asociadas. El 63% (29 casos) se han tratado de forma conservadora, 15 pacientes (32%) han sido tratados con procedimientos quirúrgicos y/o prótesis endoluminales, y en 2 casos no fue posible instaurar un tratamiento. Además, en 17 pacientes (37%) se realizó una técnica quirúrgica antireflujo. Los resultados han sido buenos en el 70% de los casos, regular en 4 casos y malos en el 21% (pacientes fallecidos). El periodo de seguimiento medio ha sido de 5,3 años.</p> <p>Discusión: La mayoría de los pacientes con TMC se pueden tratar de forma expectante ya que a partir del primer año de vida se produce una mejoría clínica espontánea. El tratamiento quirúrgico o endoscópico se reserva para los casos con grave compromiso respiratorio.</p>

ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN CARDÍACA EN EL PECTUS EXCAVATUM

Autores	Andres Am, Hernández F, Avila Lf, Encinas JI, Rivas J, Tovar Ja.
Instituciones	Hospital Infantil Universitario La Paz
Texto	<p>INTRODUCCIÓN: La deformidad estética y su repercusión psicológica es la principal indicación quirúrgica del pectus excavatum. Sin embargo, en algunos casos, la función cardiopulmonar está comprometida de un modo subclínico, evidenciándose sólo durante la actividad física del niño. El objetivo de este trabajo es demostrar que el gasto cardíaco mejora tras la reparación quirúrgica.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS: En los últimos 10 años, 55 niños con pectus excavatum fueron intervenidos en nuestro centro. En 15 de ellos (11 niños y 4 niñas) (edad mediana 9'63, rango 7'02-15'70), se realizó ecocardiografía basal y test de esfuerzo isométrico (Handgrip) antes de la intervención. La prueba de esfuerzo se realizó con dinamómetro de mano manteniendo una carga ajustada a la capacidad funcional del paciente y midiendo el gasto cardíaco basal y tras la prueba. La frecuencia cardíaca y la tensión arterial media fueron parámetros de validez. Se consideró positivo el aumento del gasto cardíaco inferior al 12%. En aquellos con test positivo, se realizó nueva valoración tras seis meses de la intervención, comparando con los resultados previos.</p> <p>RESULTADOS: En todos los casos los valores del gasto cardíaco basales fueron normales. En 4 niños, no se pudo realizar la prueba por falta de colaboración o dificultad en la interpretación ecocardiográfica (2 con hernia diafragmática congénita). Se realizó el test preoperatorio en 11 niños, fue positivo en 4 y negativo en 7. El test postoperatorio se realizó en 5 niños (excluidos 2 con seguimiento menor de 6 meses); todos demostraron un aumento del gasto cardíaco (incremento 33%, rango 25-70) con respecto a los valores preoperatorios. No se demostró relación entre el resultado del test y el índice de pectus ni la edad de la intervención.</p> <p>CONCLUSIÓN: El gasto cardíaco basal fue normal en niños con pectus excavatum de nuestra serie, sin embargo el 63% presentaron limitación de la respuesta al esfuerzo. La cirugía del pectus excavatum mejora la respuesta al esfuerzo, por tanto, la indicación quirúrgica debe ser fisiopatológica además de estética.</p>

TRACCIÓN ESTERNAL EN LA TÉCNICA DE NUSS (poster)

Autores	Gutierrez C, Gonzalvez J, Roca A, Fernandez M, G ^a Khun R, G ^a Sala C.
Instituciones	Hospital Materno-Infantil "La Fe" Valencia
Texto	<p>Introducción: La técnica mínimamente invasiva para la reparación del pectus Excavatum, (pe) fue presentada por Donald Nuss en 1997. Desde entonces su utilización se ha generalizado y en la actualidad hay miles de enfermos operados en todo el mundo, por ser aceptada por muchos equipos que tratan las malformaciones del tórax. El procedimiento se basa en conseguir pasar una barra de acero, introducida por 2 pequeñas incisiones, por detrás del esternón, para lograr levantar el hundimiento esternal y corregir eficazmente la malformación. La técnica tiene un punto delicado que consiste en el paso de la pinza guía por el mediastino. El reducido espacio que existe entre el pericardio y el esternón en estos enfermos debe atravesarse. Esta técnica se ha mejorado desde que se utiliza toracoscopia, pero continua el riesgo de perforación cardiaca y pericarditis.</p> <p>Para poder minimizar ese riesgo, pensamos que si fuéramos capaces de levantar el esternón, aumentaríamos la amplitud del mediastino y se facilitaría el paso de la barra.</p> <p>Material y método:</p> <p>En 5 enfermos consecutivos con PE grave (distancia esternal-columna de 2 y 4 cm) con edades comprendidas entre 7 y 18 años, se practicó la Tracción Esternal. Utilizamos una pinza de tracción ósea diseñada para reducir fracturas de huesos largos (AESCULAP FO1 18 205mmm 8'') Una vez introducimos el toracoscopio, se engancha el esternón con la pinza y se tracciona hasta lograr aumentar varios cm con el mediastino, para así permitir el paso de la pinza guiada retroesternalmente. Una de las incisiones cutáneas es aprovechada para añadir un tercer punto de fijación a la barra.</p> <p>Resultados y conclusiones:</p> <p>En todos los casos, se logró una mejor visualización del mediastino malformado, sin añadir complicaciones relacionadas con el procedimiento de tracción. Es necesaria mayor experiencia, pero creemos que la tracción esternal puede ser una herramienta útil en la técnica de Nuss.</p>

ELEVADOR DE PARED TORÁCICA. UNA INNOVACIÓN NO QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DEL PECTUS EXCAVATUM

Autores	Schier F
Instituciones	Hospital Universitario de Mainz. Mainz. Alemania.
Texto	<p>Purpose Patients and parents remain reluctant concerning surgical intervention for pectus excavatum if the defect is not overly pronounced or if the child is still young. This report analyzes the initial experience with the concept of correcting the defect by using vacuum.</p> <p>Methods Vacuum is created by a patient-activated and externally placed “suction cup”, that creates a negative pressure for a maximum of minus 15% of atmospheric pressure. The device was used by 60 patients (56 males, 4 females), aged 6.1 to 34.9 years (median 14.8 years), for a minimum of 30 minutes, twice a day, up to 5 hours per day (median 90 minutes). Progress was documented by photography, radiography, and plaster casts of the defect.</p> <p>Results Follow up ranged from 2 to 18 months (median 10 months). Using CT documentation, the device lifted sternum and ribs in one to two minutes. After one month, an elevation of 1 cm was noted in 85% of the patients. After five months, the sternum was lifted to a normal level in 12 patients (20%) when evaluated immediately after using the suction cup. Patients had mild to moderate, transient local skin changes. One patient reported unexplained transient paresthesias in the right arm and the right leg. There were no other complications. Overall acceptance by the patients and their parents was excellent.</p> <p>Conclusions Vacuum effectively lifts the depressed anterior chest wall of children with pectus excavatum. Initial results proved dramatic. However, the time required for long-term correction remains unknown. This method holds promise as a valuable adjunct for many suitable patients in the spectrum of corrective approaches to pectus excavatum.</p>

**MANEJO QUIRÚRGICO DEL CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE EN NIÑOS,
EXPERIENCIA DE 22 AÑOS.**

Autores	Staines H.
Instituciones	Hospital General de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez México
Texto	<p>Introducción. El conducto arterioso es la parte distal del sexto arco aórtico izquierdo que en el feto conduce el flujo sanguíneo de la arteria pulmonar a la aorta, sin pasar por los pulmones. Al iniciarse la respiración, la resistencia pulmonar baja abruptamente, revirtiendo así, el sentido del flujo sanguíneo. Por lo tanto, al aumentar los niveles de oxígeno en la sangre arterial, se produce el cierre espontáneo del conducto arterioso. Cuando este mecanismo falla se origina la patología denominada persistencia del conducto arterioso, que es la segunda causa de cardiopatías congénitas acianógenas y cuyo tratamiento quirúrgico analizaremos en este artículo.</p> <p>Material y Métodos. Se presenta un estudio multiinstitucional, en el cual se realizó análisis retrospectivo, de 26 expedientes de niños intervenidos quirúrgicamente por CAP, de los cuales se revisaron los datos más relevantes como: edad, sexo, estado nutricional, actividad física, episodios de insuficiencia cardíaca e infecciones respiratorias, así como los reportes radiográficos, serie cardíaca, cateterismo, datos electrocardiográficos, ecocardiográficos, eco doppler a color, las técnicas utilizadas y sus complicaciones.</p> <p>Resultados. Durante el período de 1982 y 2003 fueron intervenidos, en hospitales de segundo nivel, 26 pacientes, de los cuales el 57% corresponden al sexo femenino. En los años iniciales de la serie (1981-1983), el CAP fue corroborado mediante cateterismo cardíaco en 5 pacientes, los demás se diagnosticaron a través de ecografía y eco doppler a color. La intervención quirúrgica consistió en sección y sutura del CAP en 22 de los pacientes, y en cuatro de ellos triple ligadura. Veinticinco de ellos fueron intervenidos por toracotomía posterolateral izquierda, 15 a través de abordaje transpleural, 10 con retropleural y 1 por vía toracoscópica. En los 15 pacientes con abordaje transpleural, el promedio de tiempo quirúrgico fue de 4 horas, y la estancia hospitalaria de 11.8 días. Los abordados vía retropleural, el tiempo promedio fue 3.3 horas y la hospitalización, 9.5 días. El paciente abordado por toracosopia 4.30 horas. Los pacientes abordados por vía retropleural y el toracoscópico no presentaron complicaciones. Las complicaciones se vieron en los abordados vía transpleural y no tuvieron relación con la sección o sutura del conducto.</p> <p>Conclusiones. En nuestro medio, el índice de sospecha del CAP es muy bajo, las instituciones oficiales continúan centralizando su tratamiento en hospitales de tercer nivel, esto ocasiona retraso en manejo e incremento en costo. Recomendamos el tratamiento del CAM en hospitales de segundo nivel, vía retropleural, ya que en nuestra serie, el tiempo operatorio y de hospitalización fue menor y no hubo complicaciones.</p>

HISTEROCOLPECTOMÍA E RECONSTRUCCIÓN VAGINAL INMEDIATA. (poster)

Autores	Gentil A.
Instituciones	Instituto Portugués de Oncología Francisco Gentil. Lisboa. Portugal
Texto	<p>Introducción y objetivos: Se pretende demostrar una nueva técnica de reconstrucción vaginal, que pueda ser inmediatamente usada en casos de histerocolpectomía total por tumor o, sobre todo en casos de atresia vaginal.</p> <p>Material y métodos: Se ejemplifica con un adolescente de 13 años, con un adenocarcinoma de células claras de vagina y cuello de útero, cuya madre fue tratada con dietilestilbestrol por amenaza de aborto en fase precoz del embarazo. En esta técnica es utilizada la totalidad de los labios menores. Estos son desdoblados, vascularizados sobre pedículos de base posterolateral, suturados entre sí con material reabsorbible, y después invaginados en la zona de la colpectomía (en caso de los tumores), o en el lugar, creado por disección roma, entre la uretra y el recto (en caso de atresias). La superficie mucocutánea de los pequeños labios queda así para sustituir la mucosa vaginal, quedando la cara cruenta de los colgajos contra la superficie cruenta de la pared de la zona vaginal. Un molde, elástico y magro (constituido por un tubo de esponja de borracha colocado dentro de un vulgar preservativo) y mantenido localmente una semana, y después renovado según sea necesario.</p> <p>Resultados y discusión: Los colgajos son magros, bien vascularizados, extensibles, no retractiles, y la región dadora, perineal, queda prácticamente sin cicatrices. Esta técnica tiene ventajas flagrantes en comparación con el asa cólica (que exige laparotomía, en el caso de atresia), que lleva un tiempo quirúrgico más alargado, excesiva dimensión de la neovagina, secreción perturbadora de moco y riesgo aumentado de infección.</p> <p>Conclusiones: Es una técnica de concepción simple, eficaz, y de rápida ejecución, con excelentes resultados estéticos y funcionales. Es importante exigir delicadeza y precisión, sobre todo en la obtención de los colgajos.</p>

Posters

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A QUISTE HIDATIDICO PANCREATICO

Sanjuán Rodríguez S, Morán Penco JM, Rincón Rodera P, González Díez G.

Serv.de Cirugía Pediátrica y Radiología.Hosp.Materno-Infantil, Badajoz, España

Los quistes hidatídicos (Q.H.) pancreáticos primarios son excepcionales, solo existen 5 casos publicados en la bibliografía inglesa y nosotros hemos observado 2 casos nacionales.

El hecho de que sea poco frecuente, su aparición como abdomen agudo y que hiciera como complicación un pseudoquiste pancreático creemos justificado su interés.

Varón, 14 años, con dolor abdominal difuso y febrícula de 1 mes de evolución. Contacto habitual con perros. A la exploración, el abdomen presenta dolor y defensa generalizada, palpándose una masa dolorosa por fuera del musculo recto anterior izquierdo.

Hemograma: 23 % eosinófilos. Radiografía de tórax y abdomen normales. Ecografía abdomen: masa quística situada en cola de páncreas de 7x 6 cm con abundante líquido libre. Se practica laparotomía, observando inflamación severa de las paredes gástricas y de la trascavidad de los epiplones, con abundante líquido libre; en cola de páncreas se comprueba la existencia de un Q.H. roto, procediendo a la extirpación de las membranas y de la periquística. Se realiza tratamiento con albendazol, siendo su evolución inmediata favorable. A pesar de que el paciente está totalmente asintomático y con unas cifras de amilasa en sangre y orina totalmente normales, mediante ecografías observa la formación de un pseudoquiste pancreático, de crecimiento progresivo, llegando a medir 8 x 6,5 en TAC, a los 6 meses postintervención.

Se realiza laparotomía, practicando punción-aspiración de líquido incoloro, transparente, no observando ninguna membrana y no comprobando la existencia de ninguna fístula a pesar de un exámen minucioso, por lo que se procede a la colocación de un catéter multiperforado a piel .

Determinación de amilasa en liquido del quiste: > 12.000 U/l. El cateter estuvo drenando durante la primera semana una media de 160-240 ml/día, con una concentración de amilasa > 16.000 U/l. A través de cateter se realiza fistulografía, observando paso de contraste desde la cavidad quística hasta el conducto de Wirsunf y el resto de la vía pancreática.

Posteriormente, se observa una disminución progresiva del líquido, retirando el cateter después de comprobar que no drena tras una dieta pobre grasas.

Evolución favorable, inmedita y tardía, tras más 5 años post-intervención.

Consideramos:

- 1.- que en la 2ª intervención con observamos la existencia de una fístula, a pesar de un exámen minucioso, posiblemente debido al tamaño del orificio, a la inflamación de la membrana periquística o a que la secreción pancreática no sea continúa;
- 2.- a pesar de que el Q.H. estaba roto, no hemos observado ninguna recidiva después de más de 5 años, posiblemente al tratamiento con albendazol
- 3.- la fístula pancreática desapareció después de tratamiento con octeotrida, nutrición parenteral y dieta sin grasas.

INVAGINACIÓN GASTRODUODENAL EN SINDROME DE PEUTZ-JEGHERS

Acedo Ruiz Ja, Vazquez Rueda F, Castillo Bernabeu R, Garrido Perez Ji, Ocaña Losa Jm
Hospital Universitario Reina Sofia. Servicio De Cirugia Pediatrica. Cordoba. España

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una rara enfermedad hereditaria, aunque se han descrito hasta un 20% de casos esporádicos. Clínicamente se diagnostica por la asociación de pigmentación mucocutánea facial y la presencia de pólipos digestivos de tipo hamartomatoso. Generalmente se presenta por un cuadro de invaginación intestinal o de hemorragia digestiva. Aportamos un caso de SPJ que debutó como una invaginación gastroduodenal, estando descritos actualmente sólo 5 casos en la infancia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 7 años con padre afecto de poliposis colica, que presenta dolor abdominal recidivante y anemia crónica refractaria al tratamiento. Consulta por cuadro de dolor abdominal, vómitos no biliosos y estreñimiento de varios días de evolución. Exploración: palidez cutáneo-mucosa y lentiginosis en mucosa oral y labial. Abdomen con distensión epigástrica. En la analítica sanguínea destaca amilasa de 254 UI/ML y lipasa de 92 UI/ML. El estudio por la imagen muestra masa duodenal de 6-7 cm de diametro que desplaza hacia delante al páncreas, con dificultad del vaciamiento gástrico y acortamiento del antro, así como defecto de relleno de la luz duodenal al paso del contraste. Estudio isotópico con Tc 99m objetiva hipercaptación en región duodenal compatible con mucosa gástrica ectópica.

RESULTADOS: Se practica laparotomía, observando dilatación gástrica con invaginación gastroduodenal (1ª porción) debida a pólipos antrales. Ante la imposibilidad de reducción total, se practica gastrotomía a nivel de antro y exéresis de 2 pólipos sésiles de 3,5x2 y 4x2 cm respectivamente. No se evidencian otros pólipos gastrointestinales. Evolución postoperatoria favorable. El estudio histológico demuestra la naturaleza hamartomatosa de los pólipos.

CONCLUSIONES: Entre los problemas asociados al SPJ se encuentra la necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicas, por lo que debe realizarse laparotomía y/o laparoscopia cuando sea imprescindible o no no puedan extirparse por polipectomía endoscópica, siendo obligado la revisión de todo el tubo digestivo.

Debido a la alta incidencia de tumores en la edad adulta, debe realizarse diagnóstico precoz y seguimiento ante la existencia de historia familiar positiva.

El presente caso ilustra como el SPJ puede ser sintomático en la infancia en forma de invaginación gastroduodenal o pólipo gástrico sangrante, aún en ausencia de poliposis intestinal.

IDENTIFICACION PREOPERATORIA DE FACTORES PSICOLOGICOS PREDICTIVOS DE RIESGO EN CIRUGIA PEDIATRICA

Moñiz Mora Mv**, Vazquez Rueda F*, Vaz Leal Fj***.

Servicio De Cirugia Pediatrica. Hospital Universitario Reina Sofia (Córdoba). Unidad Docente Mf Y C. Hospital Infanta Margarita (Cabra). Catedra De Psiquiatria Facultad De Medicina (Universidad Extremadura).

INTRODUCCION: El objetivo de este estudio es identificar en el periodo preoperatorio, la prevalencia de posibles factores psicológicos predictivos de buen o mal pronóstico en la evolución postoperatoria a corto plazo en niños sometidos a corta estancia hospitalaria y su familia.

MATERIAL Y METODOS: Se analizan psicológicamente, antes y a los 7 días de la intervención, 100 niños de edades entre 6 y 14 años y sus familias, sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general, en régimen de hospitalización de día. Evaluación preoperatoria del niño: STAIC, CDS, EPQ-J, HFRS, SCRS Y TAMAI, y del medio familiar: FACES-III y FILE. Evaluación postoperatoria del niño: STAIC y CDS.

Metodología estadística: Análisis factorial de rotación varimax, test de Student para muestras apareadas (comparación de variables clínicas). Análisis de regresión múltiple por pasos (STAIC-E, CDS-Postoperatorio / variables preoperatorios).

RESULTADOS: De todos los pacientes (83V/17M), el 66% tenían entre 6-8 años de edad (X+DS: 8,17+2,10). En el varón, el diagnóstico más frecuente fue la fimosis y en la niña la hernia inguinal. Agrupación de variables mediante análisis factorial: Factor 1: Estado clínico psicopatológico (STAIC-E y CDS). Factor 2: Personalidad (EPQ-J y STAIC-R) y capacidad de adaptación (TAMAI). Factor 3: Ansiedades y temores específicos (HFRS). Existe disminución en STAIC-E y STAIC-R postoperatorios. Existen diferencias significativas al comparar STAIC-E postoperatorio con STAIC-R, CDS-PS Y CDS-RA preoperatorios ($p < 0,003$) y CDS-TD postoperatorio con STAIC-R y CDS-PS preoperatorio ($p < 0,001$). Existen diferencias significativas ($p < 0,001$) al comparar CDS-TP postoperatorio con CDS-AA, SCRS, STAIC-E y FACES-Adaptabilidad preoperatorios.

CONCLUSIONES: La cirugía de corta estancia hospitalaria produce bajos niveles de ansiedad en niños, no observando valores del STAIC-R o STAIC-E sugestivos de alteraciones de ansiedad o neurosis. Se consideran factores psicológicos predictivos de mal pronóstico, en el periodo preoperatorio: La dificultad de integración y el aislamiento social, los rasgos ansiosos de personalidad y un estado de humor negativo. Por el contrario, son factores de buen pronóstico, un estado emocional positivo, un elevado grado de autocontrol, una adecuada cohesión y adaptabilidad familiar y un menor grado de ansiedad preoperatorios.

DIVERTICULO DUODENAL CONGENITO EXTRALUMINAL

Sanjuán Rodríguez S, Santamaría Ossorio JM

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil, Badajoz, España

Los divertículos intestinales son una patología muy frecuente, sin embargo, su localización en duodeno es excepcional, principalmente los extraduodenales, que no son mencionados por los principales libros de Cirugía Pediátrica.

Niña de 9 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que presenta una historia de dolor epigástrico de 2 años de evolución, que aumenta tras la ingesta de sólidos o líquidos.

Exploración general: normal. Hemograma, bioquímica general: normal.

Radiografía y ecografía de abdomen: normales.

Tránsito digestivo: imagen redondeada en la 2ª porción duodenal, borde convexo, en comunicación con la luz duodenal.

Gastro-duodenoscopia: no se visualiza ningún orificio que comunique con el posible divertículo.

Con el diagnóstico de posible divertículo duodenal congénito extraduodenal (DEC) se realiza laparotomía, practicando diverticulectomía, no observando fenómenos inflamatorios peridiverticulares.

Estudio histológico. segmento de intestino exento de alteraciones histológicas, con capa muscular perfectamente desarrollada.

Evolución clínica favorable.

Consideramos:

- 1.- Los DEC generalmente son asintomáticos, siendo su hallazgo fortuito durante tránsitos de intestino, endoscopias, intervenciones, etc. Sin embargo, pueden originar graves complicaciones que pueden ser peligrosas para la vida del paciente.
- 2.- De las diferentes pruebas diagnósticas, el tránsito gastro-duodenal es el más utilizado y eficaz, sin embargo, a veces no se pueden observar el divertículo debido a una ingesta pequeña de contraste, pedículo muy estrecho o está lleno de contenido a tensión.
- 3.- Al contrario del criterio utilizado en adultos, en que sólo son intervenidos los pacientes sintomáticos, consideramos que todos los niños deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico, incluso los asintomáticos, ya que no podemos arriesgarlos a una amplia serie de complicaciones graves.

QUISTE TIROGLOSO INTRATIROIDEO

T Hernández Lagunas, C Garde Lecumberri, L Flores Jaime, A Pérez Martínez, L Bento Bravo, MA Martínez Bermejo, J Conde Cortés

Servicios de Pediatría, Cirugía General y Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Introducción:

Los quistes tiroglosos pueden presentarse en localizaciones atípicas. La existencia de un quiste tirogloso situado dentro del tiroides, como un nódulo tiroideo frío es muy infrecuente.

Caso Clínico:

Paciente de 11 años, inmigrante durante un mes cada verano, que presenta un discreto bocio difuso con un nódulo evidente en el lóbulo derecho tiroideo, el cual corresponde en la ecografía a un quiste unilocular de 2 centímetros. La gammagrafía demuestra la ausencia de captación de esa lesión. La punción aspiración sugirió el diagnóstico de quiste tirogloso.

Durante la intervención quirúrgica encontramos que el quiste se encontraba incluido en el polo superior del lóbulo derecho, sin trayectos fistulosos dependientes, por lo practicamos una enucleación simple de la lesión.

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste tirogloso intratiroideo.

Discusión:

Las tumoraciones quísticas tiroideas en la infancia suelen corresponder a restos branquiales o del seno piriforme. Solo cuatro niños han sido descritos previamente con quistes tiroglosos en esta localización. En la mitad de ellos existía un trayecto tirogloso que atravesaba el hioides y en la otra mitad un quiste aislado (como el caso que presentamos). En los primeros se realizó una técnica de Sistrünk y en los segundos una lobectomía en un caso y enucleación en el otro, sin que en ninguno de ellos se produjesen recidivas.

Conclusiones:

La posibilidad de que una masa tiroidea, quística y no captante en un niño, corresponda a un quiste tirogloso es muy baja. El diagnóstico se realiza por punción aspiración y el tratamiento es quirúrgico. Durante la intervención debe buscarse metódicamente la presencia de un trayecto tirogloso aunque con frecuencia no exista.

URÉTER ECTÓPICO SIMPLE EN NIÑAS. IMPORTANCIA DEL TAC HELICOIDAL VOLUMEN-RENDING

Maldonado J, Pueyo C, Royo Y, Carrasco R, Bardají, C, Sempere T*, Vives JP*.

Servicios de Cirugía Pediátrica y Radiología* del Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona (España).

Introducción. Se define uréter ectópico como aquel que drena fuera del trígono vesical. Puede depender de un sistema renal duplicado o simple. En niñas sólo el 15% depende de un riñón simple. Las formas infraesfinterianas y extraurinarias se manifiestan por escapes urinarios involuntarios, junto a micciones normales.

Caso clínico. Niña de 13 a que, desde siempre, presenta pequeñas pérdidas urinarias diurnas y nocturnas, sin otra sintomatología acompañante. Se realizaron las siguientes pruebas diagnósticas:

- Ecografía renal y UIV: ausencia de riñón dcho.
- CUMS: sin alteraciones.
- Gammagrafía renal (Tc-DMSA): riñón izdo. normal. Mínima captación a nivel pélvico, que podría corresponder a un riñón ectópico displásico dcho.

Ante la sospecha de riñón pélvico displásico dcho. con uréter ectópico, se decide realizar cistouretroscopia y vaginoscopia, no pudiendo localizar meato ureteral dcho. A continuación se practicó TAC helicoidal VOLUMEN-RENDING, donde se confirmó la existencia de un riñón dcho pélvico diminuto y de su uréter, así como del paso de contraste a vagina en imágenes más tardías.

Tras completar el diagnóstico de uréter ectópico simple vaginal, dependiente de un riñón displásico de localización pélvica, se realizó nefroureterectomía dcha, desapareciendo la sintomatología inmediatamente.

Comentarios. 1.- Ante toda niña con escapes urinarios de larga evolución se debería descartar la presencia de un uréter ectópico infraesfinteriano o extraurinario. 2.- Pensamos que la gammagrafía renal (Tc-DMSA) se debería realizar en el estudio de niñas con escapes urinarios continuos, cuando la ecografía y/o la UIV demuestren un riñón único. 3.- El TAC helicoidal VOLUMEN-RENDING facilita la localización del riñón displásico, de sus relaciones anatómicas y de la desembocadura de su uréter.

ATRESIA DE SIGMA ¿CIERRE PRIMARIO O SECUNDARIO?

Sanjuán Rodríguez S, Moreno Hurtado C, Santamaria Ossorio JI

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil, Badajoz, España

Las atresias de sigma son excepcionales, su incidencia se estima en un caso por cada 15.000-60.000 nacimientos, representado 5-15 % de todas las atresias de intestino. Suelen ser anomalías únicas en niño con un peso adecuado, sin embargo, nuestro paciente presentaba también un divertículo de Meckel, criptorquídea e hipospadias.

Presentado un varón de 30 de vida, que presenta vómitos alimentarios desde las primeras horas de vida, gran distensión abdominal y ausencia de expulsión de meconio.

Exploración: gran distensión abdominal, sobre todo de hemiabdomen superior. Criptorquidia derecha. Hipospadias subcoronal. Resto de la exploración: normal.

Ano normal, se practica enema de limpieza con suero fisiológico evacuando un tapón pequeño de moco gris.

Radiografía simple de abdomen: patrón de obstrucción intestinal distal.

Enema opaco: 5-7 cm de microcolon, no permitiendo el paso del contraste.

Con el diagnóstico de atresia de sigma, se realiza laparotomía, observando una atresia tipo I unos 6-7 cm del ano, con gran dilatación de cabo proximal midiendo unos 5-6 cm de diámetro y un microcolon distal, muy hipoplásico, logrando introducir una sonda del número 6 en su interior.

Se practica enterostomía de ambos cabos.

Unos días más tarde, se realiza nueva laparotomía con anastomosis término-terminal.

Posteriormente desarrolló una fístula enterocorácea que cerró de una manera espontánea tras nutrición parenteral y elemental. Consideramos:

- 1.- Que a pesar de que reunía los criterios clínicos para realizar un cierre primario, nos decidimos por un cierre en dos tiempos debido a la gran diferencia de calibre y evitar una resección intestinal amplia.

2. Tras el cierre de ambos cabos, presentó una fístula que desapareció tras tratamiento médico. Actualmente, a toda atresia de intestino que presente alguna complicación de la anastomosis se recomienda realizar una anomanometría o biopsia para descartar una enfermedad de Hirschsprung's

CONDUCTO ONFALOMESENTERICO PERSISTENTE ABIERTO EN LA SUPERFICIE DE UN ONFALOCELE ROTO

Iván Somoza, A Sánchez-Abuín, J Liras, R Devesa*, Roberto Méndez MG Tellado, José Ríos, E Pais, Diego Vela

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital "Juan Canalejo"; *Servicio de Obstetricia, Hospital Maternidad Belén, A Coruña

INTRODUCCIÓN

El conducto onfalomesentérico que conecta el intestino primitivo con el saco vitelino durante el desarrollo embrionario temprano se oblitera entre la 5ª y 6ª semana de gestación. Cuando persiste totalmente sin involucionar se produce una comunicación fistulosa entre el íleon terminal y el ombligo; aunque en ocasiones puede abrirse en la superficie del saco de un onfalocele.

CASO CLÍNICO

Recién nacido de 2200 gr, nacido tras cesárea electiva a las 36 semanas de gestación. Diagnosticado de onfalocele en la semana 22 de gestación. A la exploración abdominal se evidencian asas intestinales rodeadas parcialmente por un saco con los vasos umbilicales en su pared. Durante la exploración quirúrgica se observa en el ápex del saco un conducto onfalomesentérico persistente y abierto. Se realizó resección del conducto y reparación del onfalocele con cierre primario.

CONCLUSIONES

La ruptura del saco de un onfalocele es una complicación frecuente que puede suceder en útero, durante el parto o tras el nacimiento. La presencia de remanentes del saco con los vasos umbilicales en el interior de su pared permite diferenciarlo de una gastrosquisis. La presencia de un conducto onfalomesentérico persistente de 5 cm en un onfalocele sugiere que el retraso en su involución puede ser un factor que dificulte el regreso completo del intestino medio del celoma extraembrionario durante la 10ª semana de gestación.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL NEONATAL: PRESENTACIÓN CLÍNICA EXCEPCIONAL DE UN DIVERTÍCULO DE MECKEL

Liras Muñoz J, Somoza Argibay I, Sánchez Abuin A, Gómez Tellado M, Méndez Gallart R, Pais Piñeiro E, Vela Nieto D

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña

Introducción: El divertículo de Meckel es una patología congénita relativamente frecuente (2% de la población) y cuya presentación clínica puede ser a cualquier edad, aunque es rara en los primeros meses de vida y excepcional en periodo neonatal. Existen menos de 10 casos descritos en la Literatura, siendo 3 las presentaciones clínicas observadas en el neonato: peritonitis por perforación del divertículo, vólvulo/obstrucción intestinal por bridas inflamatorias, ambos secundarios a una meckelitis previa, y sólo un caso de invaginación intestinal.

Caso clínico: Recién nacida a término de peso adecuado, sin antecedentes obstétricos de interés, que presenta en las primeras 24 horas de vida cuadro de llanto persistente, vómitos alimenticios y distensión abdominal. A la exploración física, se encontraba afebril y el abdomen estaba levemente distendido, doloroso a palpación, pero blando, sin defensa ni masas. La radiografía simple y ecografía abdominal mostraron moderada dilatación de asas de delgado con escaso líquido intraperitoneal. Los estudios analíticos fueron anodinos y no se demostró sangre oculta en las primeras deposiciones. Se decidió observación clínica con sueroterapia y sondaje nasogástrico. A las 48 horas de vida, presenta empeoramiento del estado general, con fiebre, débito bilioso por sonda nasogástrica, y mayor distensión abdominal con dolor severo y defensa a la palpación. La radiografía simple abdominal mostraba mayor dilatación de asas de delgado con escaso gas distal, compatible con cuadro obstructivo. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose divertículo de Meckel gangrenoso a 15 cm. de válvula ileocecal sin perforación macroscópica, que se encontraba adherido a asa de yeyuno, produciendo su acodamiento y consecuente obstrucción. Se libera el asa acodada, y se realiza resección ileal englobando el divertículo y anastomosis intestinal primaria. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la niña se encuentra asintomática a los 6 meses. El diagnóstico anatomopatológico confirmó el divertículo de Meckel con mucosa gástrica ectópica, afecto por una meckelitis aguda gangrenosa.

UN CASO DE ASOCIACIÓN DE MUCOCELE Y CARCINOIDE APENDICULAR. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Paredes Esteban Rm, García Ruiz M, Velasco Sánchez B, Gonzalez Mariscal M, Rodriguez Vargas J
Sección De Cirugía Pediátrica Hospital Universitario Ciudad De Jaén - Jaén

El mucocele apendicular y el tumor carcinoide son patologías poco frecuentes del apéndice vermiforme. El primero aparece con una frecuencia del 0,2-0,3% y el segundo del 0,3 - 0,8%. Se han publicado en ocasiones la asociación de mucocele con neoplasias del apéndice vermiforme (cistoadenoma y cistoadenocarcinoma) y del colon (adenocarcinomas). No hemos encontrado referencias en la bibliografía consultada sobre la asociación de mucocele y tumor carcinoide (de origen neuroectodérmico).

CASO CLÍNICO. Paciente de 10 años de edad que acude por urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución. Clínica y pruebas complementarias compatibles con apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía, observando apéndice flemonoso con llamativo engrosamiento en la punta.

Estudio anatomopatológico: Apéndice cecal de 8 cm de longitud que presenta en su extremo distal una zona ensanchada de 3,5 cm de diámetro transversal. Al corte a dicho nivel, se observa dilatación de la luz apendicular conteniendo mucina (mucocele) junto a un posible divertículo con inflamación aguda que afecta al mesoapéndice. Se observa a su vez, tumor carcinoide apendicular de 0,7 cm de diámetro, confirmandose con la técnica de Cromogranina (positiva para tumores neuroendocrinos) y la técnica de PAS que descarta se trate de un tumor secretor.

Los niveles de serotonina y cromogranina realizados en suero y plasma, respectivamente, fueron normales.

La apendicectomía inicial ha sido el único tratamiento realizado en nuestro paciente. La indicación de hemicolectomía en el tumor carcinoide viene determinada por el tamaño del mismo. Se acepta que en los tumores por debajo de 2 cm de tamaño, la simple apendicectomía es curativa. En tamaño superior a 2 cm, se recomienda hemicolectomía.

Consideramos interesante la exposición del caso, por la escasa incidencia de ambas patologías y fundamentalmente por la rareza de la asociación de ambos procesos.

UN CASO DE TORSION TESTICULAR BILATERAL NEONATAL

Paredes Esteban Rm, Gonzalez Mariscal M, Velásco Sanchez B , Rodriguez Vargas J, García Ruiz M , Rodriguez Vargas J, Garcia Ruiz M

Sección De Cirugía Pediátrica - Hospital Universitario Ciudad De Jaén - Jaén

La torsión testicular bilateral en el recién nacido es extremadamente rara y aparece en el 22% de las torsiones testiculares neonatales. Ocurre generalmente en recién nacidos a término, con peso promedio de 3,600 Kg y madre nulípara. A diferencia de los niños mayores y adultos suele ser asintomática e insidiosa y extravaginal.

CASO CLÍNICO. Recién nacido de 1 día de edad que nos consultan por alteración y tumefacción de la bolsa escrotal derecha y cambio en la consistencia del testículo derecho, desde el nacimiento. A la exploración se advierte aumento del volumen e induración de la bolsa escrotal derecha y consistencia dura de ambos testículos, con aspecto violáceo del derecho. Con la sospecha de torsión testicular bilateral se realiza exploración quirúrgica. Apreciamos torsión testicular extravaginal de ambos testículos . Se realiza orquiectomía derecha por necrosis del testículo sin conseguir revascularización tras destorsión y orquiopexia del izquierdo por recuperar parcialmente la vascularización en una pequeña zona del mismo tras destorsión y maniobras de reanimación. El examen histopatológico confirmó la necrosis hemorrágica del testículo. A los 3 meses de la intervención, persiste la consistencia dura del testículo conservando, con tamaño similar al que presentaba inicialmente.

Consideramos interesante el caso por la infrecuencia de la BILATERALIDAD en la torsión testicular neonatal.

CORRECCIÓN DEL PECTUS CARINATUM SECUNDARIO A LA TÉCNICA DE NUSS

Delgado Muñoz MD, López M, Cabezalí D, Herrero E, Benavent MI, Berchi FJ

Hospital Universitario 12 de Octubre

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con pectus excavatum y síndrome de Marfan, debido al hipercrecimiento de los cartílagos costales, tienen mayor predisposición a la recidiva tras la corrección quirúrgica y al desarrollo de otras malformaciones costales.

CASO CLÍNICO: Niña de ocho años con antecedentes personales de síndrome de Marfan intervenida de pectus excavatum mediante la técnica de Nuss a los seis años de edad, con buen resultado inicial. Al año de la cirugía se observa asimetría en hemitórax izquierdo. Se realiza TC torácica en el que se aprecia hipercrecimiento de los cartílagos costales, por lo que se decide tratamiento coadyuvante con el corsé de Vidal y apoyo en la zona afectada. Actualmente se ha corregido el pectus carinatum y está pendiente de la retirada de la barra intratorácica.

DISCUSIÓN: El uso de la ortopedia convencional combinada con la corrección quirúrgica de las malformaciones torácicas, puede ser de gran utilidad en los pacientes complejos.

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO. ¿ORIGEN POSTTRAUMÁTICO?

González M, Paredes RM, Velasco B, Rodríguez J, García M.

Hospital Universitario Médico Quirúrgico Ciudad de Jaén

La etiopatogenia del Pseudotumor Inflamatorio (PI) permanece aún en estudio. Se han propuesto diversas teorías(autominmune, tumoral..), aunque no existe evidencia objetiva de ninguna. La localización del PI es variada, siendo en pulmón el órgano donde asienta con más frecuencia. Presentamos el caso de un paciente de tres años, con antecedente previo de un traumatismo sobre la zona gútea , a raíz del cual, se observa un hematoma de crecimiento progresivo y que tras cuatro meses de evolución es derivado a nuestras consultas. Se realiza Ecografía de la zona afecta, con diagnóstico compatible con hematoma calcificado.

Se decide la exéresis del mismo . El estudio anatomopatológico describe la tumoración, como PI, y tras la realización de técnicas inmunohistoquímicas, se observa positividad a la celularidad miofibroblástica (PI variante miofibroblástica de bajo grado).

Discusión:

El PI es hasta la fecha una entidad clínica que suscita controversia, tanto por su origen, multifocalidad, recidiva de lesiones, posibilidad de invasión local y a distancia, .. Todo ello ha llevado a diversos autores a considerar este tumor como una neoformación de pronóstico intermedio.

En el caso presentado, pensamos que existe una correlación entre el traumatismo y el desarrollo de la lesión, no habiendo encontrado ningún caso en la literatura revisada con una localización similar, y donde la relación con una agresión externa sea tan evidente.

Creemos necesario el diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología , así como controles postquirúrgicos, dado el potencial de malignización existente en algunos casos.

ESPLENOPTOSIS (BAZO ERRANTE) COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN EL NIÑO.

González M, Paredes RM, Velasco B, Rodríguez J, García M.

Hospital Universitario Médico Quirúrgico Ciudad de Jaén

La Esplenoptosis, más frecuentemente denominada Bazo Errante (BE), es una variante anatómica provocada por la ausencia / hiperlaxitud del sistema ligamentario - suspensorio del bazo. La incidencia en la población infantil es desconocida, ya que habitualmente cursa asintomática, siendo algo más frecuente en mujeres entre los 20 y 40 años.

La forma más frecuente de presentación es el dolor abdominal agudo por vólvulo esplénico o bien en forma de dolor abdominal recurrente.

Caso clínico:

Paciente de 12 años de edad, que acude a nuestro servicio de urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 5 meses de evolución, acompañado de náuseas, vómitos alimentarios y cuadros suboclusivos, coincidiendo dicha clínica con la palpación de una masa en hipocondrio derecho.

El estudio mediante Ecografía y TAC abdominal, demuestran la presencia de una masa sólida en la cavidad, variando la localización de la misma en cada prueba de imagen realizada. Con la sospecha de BE, se realiza Laparotomía que confirma dicho diagnóstico, comprobándose la ausencia total de elementos de fijación esplénicos. Se procede a Esplenopexia tras colocación de una malla reabsorbible periesplénica de poliglactil 910

Conclusiones:

- . Creemos que el diagnóstico y tratamiento precoz del BE es de elección para evitar las posibles y graves complicaciones de esta patología (vólvulo esplénico, hemorragia digestiva por hiperesplenismo...)
- . Es fundamental esforzarse en la conservación del bazo, siendo la Esplenopexia el tratamiento de elección en estos pacientes.

NUESTRA EXPERIENCIA CON LA TÉCNICA DE NUSS EN EL PECTUS EXCAVATUM

Barrientos G, Antón L, Gómez-Culebras M, Cortón D, Rihuete M, Soriano D, Tracchia R
H. Universitario Virgen de Candelaria

Introducción

En el tratamiento de las deformidades torácicas en nuestro Servicio se ha producido una evolución en el tiempo con el advenimiento de nuevas técnicas y materiales; así en el tratamiento del pectus excavatum se introdujo el uso de placas y tornillos reabsorbibles cuando se usaba la técnica de Ravich. Para los pectus excavatum simétricos o con asimetría leve desde 1996 adoptamos la técnica de Nuss. Presentamos en este trabajo nuestra experiencia con dicha técnica.

Material y Métodos

Desde el año 1996 hemos tratado quirúrgicamente a 23 pacientes que presentaban pectus excavatum. Hemos aplicado la técnica de Nuss en 10 casos (9 varones:1 mujer) . Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre los ocho y los quince años. Todos los niños tratados estaban asintomáticos menos un paciente con sensación de disnea con el ejercicio y otro con cuadros de bronquitis espástica.

Resultados

De los 10 pacientes se obtuvo un resultado estético muy bueno en 9 de ellos, siendo regular en uno. En 5 niños se presentaron complicaciones: Un niño fue intervenido en dos ocasiones por presentar granulomas recidivantes de gran tamaño y exposición de los estabilizadores de la barra de Lorenz, que no mejoraron pese al cambio de material de sutura y que obligaron a la retirada de la barra al año y medio de su colocación , pese a todo la deformidad no ha recidivado. En dos pacientes se produjo desplazamiento de la barra de Lorenz tras traumatismos torácicos (en un caso se anguló el estabilizador y se substituyó), obligando a una nueva intervención para recolocación de la placa. Un paciente presentó derrame pleural derecho y otro una neumonía derecha en el postoperatorio inmediato que cedieron tras tratamiento antibiótico endovenoso.

Conclusiones

En nuestra experiencia con la técnica de Nuss hemos obtenido unos resultados estéticos muy buenos en el 90 % de los pacientes pero hay un porcentaje de complicaciones locales significativas y de ellas destacamos los traumatismos que son muy difíciles de evitar en la edad pediátrica.

FÍSTULAS LABIALES INFERIORES Y EL SÍNDROME DE VAN DER WOUDE

Barrientos G, cortón D, Gómez-Culebras M, Marrero A, Duque R, Tracchia R

H. Universitario Virgen de Candelaria

Introducción

Las fístulas labiales congénitas del labio inferior son ciegas y abiertas simultáneamente a cada lado de la línea media. Presentan un trayecto de 20 a 25 mm y están rodeadas de glándulas salivares mucosas. El Síndrome de Van der Woude está caracterizado por: hendidura labial asociada o no a hendidura palatina o bien a hendidura palatina aislada, fositas labiales bilaterales, hipodontia, alteraciones cardiovasculares, genitourinarias y articulares, herencia autosómica dominante con alto grado de penetrancia (anomalía citogenética localizada en el Locus genético: 1q32-q41) aunque en el 30-40% de los casos se debe a mutación de novo.

Epidemiología e incidencia

Las fístulas labiales inferiores se presentan en 1 caso por cada 100000 nacimientos.

El S. De Van der Woude es la forma más común de hendidura palatina y labial sindrómica

Representa aproximadamente el 2% de todos los casos de hendidura labial y palatina.

No existen diferencias entre sexos o razas.

Casos clínicos

En nuestro Servicio se han tratado tres pacientes con fístulas labiales inferiores (2 varones: 1 mujer). Dos de ellos estaban afectados del Síndrome de Van der Woude y; ambos presentaban fisura labial bilateral y uno de ellos presentaba asociada fisura alveolo palatina.

Tratamiento

En los tres pacientes se han dejado sin intervenir las fístulas labiales al no presentar cuadros de inflamación o de secreción salivar pues la cirugía no suele obtener buenos resultados estéticos. En cuanto a los pacientes con S. De Van der Woude se ha realizado queilorrinoplastia en ambos y palatoplastia en uno de ellos. Actualmente continúan su tratamiento integral en la Unidad de fisurados orofaciales de nuestro servicio.

FASCITIS NECROSANTE ABDOMINAL EN UN LACTANTE ILEOSTOMIZADO.

Soto C, Nievas B*, Rivilla F, García-Casillas. J.

Servicio de Cirugía Pediátrica. * Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario San Carlos. Madrid.

INTRODUCCION:

La fascitis necrosante es un trastorno infrecuente, que se desarrolla predominantemente en la edad adulta, debido a una grave infección del tejido subcutáneo. El curso puede ser fulminante con una alta mortalidad que varía del 25 al 75% según la literatura. Presentamos el caso clínico de un lactante que presentó un cuadro de fascitis necrosante abdominal en el postoperatorio de un a complicación abdominal por enterocolitis necrotizante neonatal (EN).

CASO CLINICO:

Recién nacido mujer de 33 semanas de edad gestacional y 2040 gramos de peso con sufrimiento fetal agudo en el periodo perinatal. A las 72 horas de vida presenta un cuadro de deterioro clínico con importante distensión abdominal y neumoperitoneo. Con el diagnóstico de EN se realiza una laparotomía confirmándose una isquemia de 30 centímetros ileon distal y ciego. Tras ileocolostomía el postoperatorio inmediato cursa sin incidentes realizándose el cierre de la ostomía a los 20 días de la intervención.

A los tres meses de edad y previamente asintomática, presenta un cuadro de obstrucción intestinal por bridas que, no cediendo con el tratamiento conservador habitual, precisa laparotomía que cursa sin incidentes.

A las 72 horas presenta enrojecimiento del hemiabdomen inferior, distal a la incisión cutánea, que progresa vertiginosamente hacia la necrosis acompañándose de un cuadro de shock séptico y coagulación intravascular diseminada en el que se instauran las medidas intensivas convencionales. Desde el punto de vista local se realizó precozmente un desbridamiento amplio de la lesión hasta plano muscular y curas locales con agentes proteolíticos, antisépticos y bacteriostáticos tópicos.

A las 72 horas del inicio del cuadro presenta un nuevo empeoramiento del estado general e importante distensión abdominal y neumoperitoneo por lo que es nuevamente intervenida encontrándose isquemia intestinal perianastomótica por lo que realiza ileocolostomía con abocamiento cutáneo anómalo por la gran herida cutánea abdominal.

El proceso de curas locales se complicó enormemente cuando la funcionalidad intestinal se recuperó de forma óptima, sin permitir medidas de recubrimiento cutáneo (biosintético o autólogo) dada la contaminación fecal permanente de la herida.

El cierre de la ostomía se realizó a los 20 días, momento en el que desde el punto de vista local la lesión cutánea no excedía a 3 centímetros cuadrados que evolucionó favorablemente a partir de ese momento, hasta su cierre definitivo como se demuestra en la iconografía evolutiva presentada.

COMENTARIOS:

La fascitis necrosante postoperatoria es una complicación en ocasiones mortal. Solamente el manejo sistémico intensivo y un agresivo desbridamiento local puede permitir la favorable evolución del cuadro. El tratamiento local es así mismo decisivo, aunque los objetivos primordiales deben ser la eliminación de todo tejido necrótico y un cierre cutáneo tan pronto como sea posible.

GRANDES MALFORMACIONES LINFÁTICAS ASOCIADAS A "FENOTIPO CULTURISTA".

Beatriz Berenguer, Martina Marín, Beatriz González, Pilar Rodríguez, Hector Gallo, Javier Enríquez de Salamanca

Hospital "Niño Jesús", Madrid

Introducción: Las anomalías vasculares extensas de las extremidades a menudo se asocian a alteraciones esqueléticas, principalmente hiperplasia o hipoplasia.

Material y Métodos: presentamos 3 pacientes con grandes malformaciones linfáticas asociadas a leve sobrecrecimiento óseo de las manos (n=1) y de los pies (n=2), que resultaban peculiarmente anchos y planos. Además los 3 presentaban hiperplasia de los tejidos blandos, en particular del músculo, lo que les confería un curioso aspecto de "culturistas".

Resultados: Los estudios radiológicos descartaron problemas articulares y no se observaron limitaciones funcionales. Pensamos que la cirugía con fines meramente estéticos no está indicada en estos casos.

Conclusiones:

1. La patogénesis de las alteraciones esqueléticas asociadas a anomalías vasculares parece ser multifactorial
2. El gigantismo puede ser inducido por cambios hemodinámicos en las malformaciones de alto flujo.
3. En las malformaciones de bajo flujo la hiperplasia probablemente representa un error congénito coordinado de composición y distribución tisular.

RECONSTRUCCIÓN DE PUNTA NASAL Y COLUMELA EN PACIENTE CON HEMANGIOMA "CIRANO"

Beatriz Berenguer, Pilar Rodríguez, Martina Marín, beatriz González, Hector Gallo, Javier Enríquez de Salamanca

Hospital "Niño Jesús", Madrid

Introducción: Los hemangiomas nasales suelen localizarse en la punta, pero la afectación de la columela y su destrucción por ulceración y necrosis es sumamente infrecuente.

Material y Métodos: Presentamos a una niña de 3 años con un hemangioma "Cirano" con ausencia de columela nasal, secundaria a complicaciones del tumor. En la punta el hemangioma ya estaba parcialmente involucionado. En el mismo acto quirúrgico se realizó extirpación del residuo fibrograso de la punta y fijación de las cúpulas alares mediante rinoplastia abierta, y reconstrucción de la columela con un colgajo cutáneo del vestíbulo nasal y 2 colgalos vestibulares labiales.

Resultados: La paciente no sufrió complicaciones. La definición de la punta mejoró y la columela reconstruida tenía un aspecto natural.

Conclusiones:

1. La necrosis es una complicación rara de hemangiomas nasales.
2. Existen múltiples técnicas para el tratamiento de la punta nasal y de la columela. Cada una presenta ventajas y desventajas, por lo que resulta esencial individualizar el plan quirúrgico en cada caso particular.

GASTROSQUISIS CERRADA PRENATALMENTE

Barca PR, De-Celis L, Alonso L, Hidalgo F, Viñals F, García JM, Nieto M*.

S Cirugía Pediátrica y *S Obstetricia y Ginecología. H. Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN:

La gastrosquisis es una malformación prenatal consistente en un defecto de la pared abdominal con evisceración del contenido abdominal, que puede asociarse a atresia intestinal hasta en el 23% de los casos.

La resolución espontánea intraútero de una gastrosquisis diagnosticada prenatalmente es un hecho poco frecuente.

CASO CLÍNICO:

Presentamos la iconografía del diagnóstico prenatal de gastrosquisis, comprobando en los controles ecográficos sucesivos, el progresivo cierre del defecto de la pared abdominal.

Al nacimiento, se demostró el cierre completo del defecto abdominal y un ileo neonatal con un cuadro radiológico de obstrucción intestinal.

En la laparotomía, se pudo comprobar la integridad de la pared abdominal y se evidenció la existencia de una atresia yeyunal y microcolon, que fue reparada con anastomosis yeyunocólica terminoterminal tras remodelaje proximal, quedando como consecuencia un intestino corto que, posteriormente, se derivó para su inclusión en programa de trasplante intestinal.

CONCLUSIONES:

La resolución de la gastrosquisis durante el periodo prenatal es un hecho poco frecuente.

La existencia de este diagnóstico prenatal debe llevarnos a un seguimiento neonatal por sospecha de malformaciones asociadas.

Este caso nos alerta de la presentación de atresia intestinal asociada a gastrosquisis resuelta espontáneamente intraútero.

LESIÓN RENAL INFRECIENTE TRÁS TRAUMATISMO COSTAL LEVE

Paredes Rm, Montesinos J, Gonzalez M, Velasco B, Rodriguez J, Garcia M

Sección De Cirugía Pediátrica - Hospital Universitario "Ciudad De Jaén"

INTRODUCCIÓN: En el niño, el traumatismo renal es más comúnmente resultado de traumatismos contusos. Los riñones son lesionados con mayor frecuencia que cualquier otro órgano genitourinario. Aproximadamente el 85% de las lesiones renales son contusiones o laceraciones de manejo no quirúrgico.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 12 años de edad que ingresa por urgencias por cuadro de dolor abdominal, tras sufrir pequeño traumatismo costal al caer sobre un bidón metálico, dos horas antes previas al ingreso. Como antecedentes personales, alergia al polen del olivo y resto sin interés. La exploración clínica demuestra pequeño hematoma a nivel costal derecho y dolor abdominal difuso con ligera defensa en flanco derecho a nivel de zona hepática. Hematuria. Resto sin interés. Los datos analíticos al ingreso estaban dentro de la normalidad con hemoglobina de 12,1 y hematocrito de 33,7. En las tres horas siguientes los valores de hemoglobina fueron de 7,1 y hematocrito de 21,2. La ecografía abdominal demuestra, abundante líquido libre en cavidad abdominal, imagen compatible con hematoma intraabdominal de gran tamaño y riñón desestructurado compatible con estallido renal. Trás los resultados de ecografía y descompensación hemodinámica del paciente, se realiza laparotomía urgente. Se advierte sección renal completa con arrancamiento pedículo vascular y gran hematoma en retroperitoneo. Se realiza nefrectomía derecha. Evolución del paciente sin incidencias, controles ecográficos y función renal normales.

CONCLUSIÓN: Consideramos interesante el caso por la gravedad e importancia de la lesión renal tras un traumatismo costal leve.

TRASPLANTE LIBRE DE GRASA PARA TRATAMIENTO DE 2 CASOS DE SÍNDROME DE PARRY- ROMBERG INFANTILES

Hector Gallo, Beatriz Berenguer, Pilar Rodríguez, Beatriz González, Martina Marín, Javier Enríquez de Salamanca

Hospital "Niño Jesús", Madrid

Introducción: El síndrome de Parry- Romberg (hemiatrofia facial progresiva) es una rara entidad de etiología desconocida que parece tener su origen en alteraciones vasculares o neurológicas, probablemente de naturaleza simpática. Los autores describen su experiencia en el tratamiento de 2 casos infantiles mediante lipoinfiltración de grasa autóloga. Se revisa la literatura y se discute la elección de esta técnica frente a las diferentes alternativas de tratamiento (injertos dérmicos o dermograsos, implantes aloplásticos, colgajos libres y pediculados).

Material y métodos: Se trata de dos niñas de 8 y 13 años, con hemiatrofia facial progresiva que comenzó de forma paulatina alrededor de los 5 años. No presentaban otros problemas de salud asociados. Ambos casos fueron tratados mediante lipofilling de grasa autóloga. El injerto se obtuvo de la región abdominal y trocánterea mediante lipoaspiración manual con jeringa de vacío, para mayor control de la presión de succión. Se utilizaron cánulas atraumáticas de 3 mm de diámetro. La grasa se preparó mediante decantado y lavado y se introdujo en la región zigomático-facial en plano subcutáneo.

Resultados: En ambos casos se logró un aumento armónico de las partes blandas faciales consiguiendo una buena simetría. Una parte de la grasa trasplantada se reabsorbió durante los primeros 6 meses de postoperatorio. Aún así las pacientes quedaron muy satisfechas con el resultado.

Conclusión:

1. Los refinamientos técnicos de la lipoinfiltración permiten obtener buenos resultados en defectos atróficos faciales.
2. Las ventajas son muchas y bien conocidas: mínima secuela cicatricial, recuperación inmediata, beneficio en zona donante y fácil reproducibilidad.
3. La reabsorción del injerto, la principal desventaja, puede reducirse atendiendo a los detalles descritos en las 3 fases del procedimiento: extracción, preparado y reintroducción de la grasa.

MIOPERICITOMA DIGITAL: UN RARO TUMOR VASCULAR Y UN RETO QUIRÚRGICO

Hector Gallo, Beatriz Berenguer, Beatriz González, Pilar Rodríguez, Martina Marín, Jesús Sastre, Javier Enríquez de Salamanca

Hospital "Niño Jesús", Madrid

Introducción: El miopericitoma es un tumor vascular infrecuente, relacionado con el hemangiopericitoma. Se trata de un tumor benigno, generalmente subcutáneo, de células fusiformes miodes, que tiene una asombrosa tendencia al crecimiento concéntrico perivascular. Presentamos un miopericitoma digital, revisamos el diagnóstico diferencial y los detalles quirúrgicos.

Material y métodos: Varón de 4 años que acudió a consulta con un tumor vascular recidivado que afectaba a todo el borde cubital del segundo dedo de la mano derecha. Había sido intervenido un mes antes en otro centro con sospecha clínica de hemangioma. Se realizó una extirpación completa del tumor liberándolo del nervio colateral cubital mediante microdissección.

Resultados: El postoperatorio transcurrió sin incidencias y no hemos observado recidiva en 6 meses de seguimiento. El paciente conserva sensibilidad en el borde cubital del dedo y la función es completa. El estudio histológico mostró una proliferación de células tumorales poco circunscritas alrededor de la arteria colateral cubital, compatible con miopericitoma.

Conclusión:

1. El miopericitoma es un raro tumor vascular que puede confundirse fácilmente con un hemangioma.
2. Existe un riesgo, aunque muy bajo, de malignización, por lo que se recomienda tratamiento quirúrgico.
3. Las recidivas son raras tras la extirpación completa, aunque a veces los bordes de resección son difíciles de estimar por la pobre circunscripción del tumor.
4. Debido a su tendencia al crecimiento perivascular a menudo es preciso realizar una disección minuciosa para liberarlo del nervio que acompaña al vaso comprometido.

OSTEOMIELITIS PÉLVICA: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS.

Guerrero Y, Blanco JA, Cabezuelo E, Castellví A, Isnard RM, Ilari J.

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducción: La osteomielitis hematógena es un proceso frecuente en pediatría, que acostumbra a cursar de forma aguda, con localización preferente en metáfisis de huesos largos, sin embargo la afectación de huesos pélvicos es considerada rara en niños. El germen causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*.

Presentamos un caso de localización y curso poco habitual, que debutó con clínica de lesiones cutáneas.

Caso clínico: Niña de 2 años de edad, natural de China, adoptada hace 8 meses, que ya en ese momento los padres detectaron la presencia de lesiones cutáneas que supuran, sin otra sintomatología asociada. Nos consultan por evolución tórpida de estas lesiones, que han requerido desbridamiento en varias ocasiones.

A la exploración física destaca el buen estado general de la paciente, afebril, con 2 orificios cutáneos que supuran en región lumbar derecha, no dolor ni impotencia funcional a la movilización de extremidades inferiores.

Exploraciones complementarias: analítica general donde destaca leve leucocitosis y una VSG elevada. Cultivo de las lesiones es positivo para *Staphylococcus aureus*. Ecografía abdominal que sugiere 2 trayectos fistulosos y descartan origen visceral de los mismos. Radiografía de pelvis que evidencia lesión ósea lítica a nivel de ala iliaca derecha. En la fistulografía se objetiva trayecto fistuloso hasta hueso iliaco derecho. TAC pélvico que muestra zonas líticas e hiperostósicas a este nivel y gammagrafía ósea con hipercaptación en hueso iliaco derecho.

La niña es intervenida con el diagnóstico de osteomielitis crónica, se realiza fistulectomía y secuestrectomía más curetaje de la lesión ósea iliaca. Al tratamiento quirúrgico se añadió tratamiento antibiótico prolongado.

La evolución ha sido correcta, permaneciendo con buen estado general, no secuelas en la movilidad de extremidades inferiores y con analíticas de control correctas.

Comentarios:

- La osteomielitis pélvica es considerada rara en niños y con frecuencia el diagnóstico es tardío.
- Para un diagnóstico precoz es importante un alto índice de sospecha y el uso de pruebas de imagen adecuadas.
- Se trata de un caso atípico y con dificultad diagnóstica por la procedencia y dificultad en obtener antecedentes previos.
- No existe consenso en la literatura sobre la duración adecuada del tratamiento antibiótico en estos pacientes, ni sobre el tratamiento quirúrgico.

LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO DE PÁNCREAS.

Morató Robert P, De Mingo Misena L, Alonso Calderón JL, Rollán Villamarín V, Álvarez Bernaldo de Quirós M.

Servicio De Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

INTRODUCCIÓN: Los linfomas no Hodgkin (LnH) representan el 10% de todos los tumores malignos en la infancia. El lugar extraganglionar más frecuente es el aparato digestivo, pero los linfomas primarios de páncreas son extraordinariamente raros siendo solo el 0.7% de todos los LnH

CASO CLÍNICO: Historia clínica: Niña de 14 años que desde hace 2 meses presenta disnea progresiva para esfuerzos y dolor epigástrico irradiado a precordio. Cefalea y episodios sincopales. Exploración física: Ictericia en piel y conjuntivas. Abdomen blando y depresible doloroso en epigastrio.

Exploraciones complementarias: Ecocardiografía: Derrame pericárdico leve. Nódulos hiperrefringentes en pericardio.

Ecografía abdominal: Masa en cabeza de páncreas de 4.5 cm que comprime la vía biliar intra y extrahepática.

TAC: Derrame pericárdico con congestión venosa pulmonar. Ausencia de adenopatías mediastínicas, axilares, peritoneales, de grasa peripancreática y de líquido libre peritoneal.. Masa en cabeza de páncreas de 5 cm. Colédoco, vía biliar intrahepática y vesícula dilatada.

Punción bajo control con TAC: Tumor de estirpe epitelial de bajo grado.

Analítica de sangre: Elevación de Bb, lipasa, GOT y GPT.

Tratamiento: Laparotomía media con identificación de masa en cabeza de páncreas de 5cm y vesícula biliar muy dilatada. Biopsia intraoperatoria con diagnóstico de neoplasia maligna.

Antroduodenopancreatectomía cefálica según técnica de Whipple.

Anatomía patológica: LnH B de células grandes. Bordes de resección, ganglios y grasa peritoneal libres de tumor. La biopsia de médula ósea no demostró infiltración.

Evolución: Ingresa en UCIP, siendo dada de alta a planta a los 3 días. El postoperatorio se desarrolla sin complicaciones y sin evidenciar fístulas por los drenajes.

Posteriormente la paciente se remite al servicio de Oncología donde recibió quimioterapia según protocolo NHL-BFM 95. Tras la fase citorreductora las metástasis cardíacas y el derrame pericárdico desaparecieron. Tras 6 ciclos mas según el protocolo, la paciente se encuentra asintomática y en completa remisión tras año y medio.

CONCLUSIONES: El LnH de páncreas es raro en adultos y mas aún en niños. Representan menos del 0.2% de las masas pancreáticas. No son infrecuentes las metástasis cardíacas en el Linfoma, pero si que es excepcional que estas den clínica.

El diagnóstico por punción guiada por Eco o TAC debería de ser el método de elección, pero precisa de gran experiencia histopatológica y avanzados métodos inmunohistoquímicos, por lo que en numerosas ocasiones se precisa de biopsia quirúrgica. En nuestro caso la confirmación intraoperatoria de tumor maligno a filiar, junto con la importante obstrucción de la vía biliar y del duodeno, nos hizo asumir la decisión de realizar la extirpación quirúrgica del tumor.

El tratamiento de elección sigue en discusión acerca de la necesidad o no de cirugía radical, debido al buen comportamiento de estos Linfomas en niños con la quimioterapia agresiva.

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO ENDOBRONQUIAL

M.López, J. Anton-Pacheco, A. García, D. Cabezalí, I. Cano, J. Cuadros.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Introducción: Los tumores primarios de la vía aérea son muy poco frecuentes en la edad pediátrica y el 60-70% corresponden a neoplasias malignas. Presentamos un caso de pseudotumor inflamatorio endobronquial en una niña de 13 años.

Caso clínico: Paciente de 13 años de edad con antecedentes de tuberculosis tratada en su país de origen, Guinea Ecuatorial. Presentó un cuadro de dolor en hemitórax izquierdo con fiebre intermitente y disnea de esfuerzo, de un año de evolución. En la radiografía y ecografía de tórax se observó un colapso total del pulmón izquierdo con desviación mediastínica y ausencia de derrame pleural. El CT torácico confirmó los hallazgos anteriores y demostró una obstrucción completa del bronquio principal izquierdo. En la broncoscopia se observó una masa vegetante y de consistencia blanda, que se biopsió, ocupando toda la luz del bronquio izquierdo, siendo el resto de la exploración normal. El diagnóstico histológico fue de pseudotumor inflamatorio. Dada la larga evolución del caso, lo que hacía improbable la recuperación funcional del pulmón afecto, se optó por un tratamiento quirúrgico. En la cirugía se observó: el pulmón totalmente colapsado con firmes adherencias pleurales, material purulento intraparenquimatoso, y el bronquio principal dilatado y friable. Se realizó una neumonectomía izquierda reglada. El postoperatorio cursó sin incidencias y la paciente se encuentra asintomática un año después de la cirugía. En la broncoscopia de control no se ha observado recidiva local de la enfermedad.

Discusión: El pseudotumor inflamatorio es una lesión que se comporta como un tumor benigno y se considera que es una respuesta inflamatoria local a un estímulo previo. Con mayor frecuencia se localiza en el parénquima pulmonar y excepcionalmente es endobronquial. Presenta un crecimiento lento y progresivo, con invasión local y tendencia a la recidiva si no se realiza un tratamiento quirúrgico adecuado.

LACERACIÓN TRAQUEAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO CERVICAL CERRADO

D. Cabezalí, J. Antón-Pacheco, I. Cano, A. García, M. López, J. Cuadros, M.I. Benavent

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Introducción: La laceración traqueal es una lesión muy poco frecuente en la edad pediátrica. Generalmente es debida a intubación endotraqueal y excepcionalmente a un traumatismo cervical. Presentamos el caso de un niño de 12 años que presentó una laceración traqueal como consecuencia de un traumatismo cerrado en el cuello.

Caso Clínico: Varón de 12 años que acudió al servicio de urgencias por haber sufrido un traumatismo cervical cerrado producido por el manillar de una bicicleta. En la exploración se observó un enfisema subcutáneo masivo en cara, cuello y tórax acompañado de dificultad respiratoria. La radiografía simple confirmó la presencia de aire en el tejido subcutáneo y además evidenció un neumotórax derecho con neumomediastino. Ante la sospecha de traumatismo traqueal se realizó una fibrobroncoscopia que demostró una laceración, profunda y de 2 cm. de longitud, en la parte membranosa posterior de la tráquea cervical. El paciente fue intervenido quirúrgicamente a continuación, realizándose una cervicotomía y practicando un cierre de la herida traqueal con sutura discontinua. La evolución fue favorable, siendo alta hospitalaria en el 8º día postoperatorio. Dos años después de la cirugía el paciente se encuentra asintomático.

Discusión: El diagnóstico de laceración traqueal se basa en la sospecha clínica y fundamentalmente en la exploración broncoscópica. Las lesiones pequeñas, y con poca repercusión clínica, se pueden tratar de forma conservadora. Cuando la rotura traqueal es más grande, y se acompaña de sintomatología grave, está indicado el tratamiento quirúrgico.

FISTULA LABIAL SUPERIOR CONGÉNITA

Barceló C, García Vaquero J.A, Martínez-Ibáñez V

Hospital Vall d'Hebron

Introducción: La fístula labial superior congénita en la infancia es una patología muy poco frecuente. Una comunicación con la fosa nasal no ha sido constatada. Se presenta este caso clínico con dicha anomalía por su rareza.

Caso clínico: Niña de 1 mes de edad, que presenta un orificio en zona media, caudal a la columela desde el nacimiento. Es asintomático con secreción escasa mucosa. Se realiza: una fistulografía, observándose un trayecto fistuloso que termina en la fosa nasal izquierda, desembocando en posición muy anterior; y una tomografía axial computerizada (TAC) visualizándose un orificio cerca de la apertura piriforme, en la línea media que termina en la parte inferior del tabique nasal.

Se realiza la intervención quirúrgica a los 6 meses de vida y se procede a la exéresis del trayecto fistuloso en toda su extensión hasta la fosa nasal izquierda.

El postoperatorio evoluciona favorablemente.

Discusión: La fístula labial congénita es una patología muy poco frecuente, En ocasiones puede ir asociado a otras malformaciones como la fisura palatina con o sin labio leporino. La etiología es desconocida, aunque se cree que se trata de un fallo mínimo en el proceso de fusión de los maxilares en la línea media. El tratamiento actual de esta patología es el quirúrgico, para evitar complicaciones sobre todo infecciosas, y por estética.

Comunicamos un caso de extrema rareza con el tratamiento realizado para su resolución

EL USO DEL BIO-ALCAMID EN PACIENTES CON PECTUS EXCAVATUM SIN REPERCUSIÓN CLÍNICA.

Delgado MD, López M, García A, Cabezalí D, Herrero E, Benavent MI, Berchi FJ
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: La prótesis de Bio-Alcamid es una endoprótesis inyectable compuesta por un 3% de gel de polialquilamida y 97% de agua apirógena estéril. Su estructura gelatinosa transparente y expandible se asemeja al tejido subcutáneo por lo que permite la corrección de deformidades estéticas en tejidos blandos. Presentamos su uso en el tratamiento de pectus excavatum sin repercusión cardiorrespiratoria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Niñas de 13 y 14 años de edad que presentan pectus excavatum leve, pero con importante afectación psicológica. Bajo sedación y anestesia local se realiza infiltración del gel de Bio-Alcamid hasta la total replección del defecto torácico. Los resultados al año y medio son excelentes.

DISCUSIÓN:

El uso de prótesis subcutáneas tipo Bio-Alcamid en los pacientes con pectus excavatum sin afectación clínica, permiten una corrección estética de los mismos disminuyendo el impacto psicológico que la malformación crea mediante una cirugía mínimamente invasiva con escaso riesgo de complicaciones.

FIBROMATOSIS GINGIVAL Y FIBROMA DESMOPLASTICO MANDIBULAR BILATERAL.

Lerena J , Parri F.J , Sancho MA , Prat J , Kobrzynska E , Morales L.

Servicio Cirugía Pediátrica. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic.

Se define como fibromatosis la proliferación fibroblástica no circunscrita, que infiltra tejidos sanos adyacentes. Aunque no se puede catalogar como una enfermedad maligna, su comportamiento local sí lo es, ya que las lesiones son recurrentes y difíciles de erradicar. La fibromatosis Gingival (FG), se puede presentar de manera aislada, o formando parte de síndromes poco comunes.

La asociación con tumor mandibular bilateral de una misma estirpe hacen a este caso aun menos frecuente.

Caso Clínico:

Varón controlado desde los tres años de edad por retraso de erupción dentaria, debido a Fibromatosis Gingival. A los 5 años de edad se le practicó gingivectomía parcial para exteriorización de piezas dentales.

Al año siguiente en una radiografía panorámica rutinaria se observan imágenes radiolúcidas irregulares en ambas zonas retromolares en maxilar inferior.

Ha sido intervenido en dos ocasiones practicándose curetaje conservador de cada una de las lesiones mandibulares. El estudio anatomopatológico las describe como lesión fibroblástica, compatible con fibromatosis de carácter agresivo.

En la actualidad el paciente presenta la tumoración mandibular bilateral estable en su crecimiento. Está bajo seguimiento clínico y control con TAC y Gammagrafías óseas que muestran actividad moderada.

Comentarios:

La asociación de fibromatosis gingival y querubismo es excepcional. Se asocian dos lesiones muy diferentes pero de estirpe histológica similar.

El caso puede ser compatible con el Síndrome de Ramón (Ramón Y et al: Gingival fibromatosis combined with cherubism. Oral Surg 24:436-448, 1967)

La decisión terapéutica es difícil variando desde la conducta expectante hasta la cirugía muy agresiva.

ADENOCARCINOMA DE ILEON TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EDAD JUVENIL

Ayuso L, Gutierrez C, Esteban R, Roca A, Ribes C, Hernandez E.

Hospitala Materno Infantil La Fe Valencia

Introducción:

La malignización en la Enfermedad Inflamatoria (EI) se presenta muy raramente en la segunda década de la vida. El descenso ileal con mucosectomía, pretende curar la Colitis Ulcerosa. Presentamos un caso de degeneración tumoral del intestino delgado descendido.

Caso clínico:

Paciente mujer de 17 años intervenida en nuestro centro a los 9 años (marzo 1995) por megacolon tóxico con perforación en tratamiento corticoideo por colitis ulcerosa. Se le practicó una colectomía subtotal y en un segundo tiempo, anastomosis ileoanal con mucosectomía sin reservorio. Presentó en el postoperatorio trombosis venosa femoral bilateral, evolucionando favorablemente

Permaneció asintomática y sin brotes de colitis 7 años (hasta junio de 2002), fecha en la cual comenzó a presentar fístulas anales de repetición y molestias perineales., controlada en su centro de referencia.

A partir de abril de 2003 comienza con clínica progresiva de estenosis de la anastomosis ileoanal. En junio de 2003 ingresa por un cuadro de diarrea por rebosamiento, detectándose una suboclusión intestinal.

Mediante TAC y colonoscopia se confirma un engrosamiento parietal de la anastomosis que resulta infranqueable al colonoscopio y cuya biopsia resulta diagnóstica de adenocarcinoma.

Los marcadores tumorales se encontraban elevados (CEA: 12 ng/ml (0-5), CA 19.9: 421 UI/ml (0-30)

En agosto de 2003 se le practicó una amputación abdomino-perineal ampliada con colectomía postero-superior por infiltración tumoral e ileostomía definitiva.

El estudio anatomopatológico reveló un adenocarcinoma de ileon bien diferenciado, ulcerado e infiltrante hasta la serosa y los ganglios fueron negativos. Actualmente presenta la pauta quimioterápica que corresponde a adenocarcinoma en estadio II (pT4 N0 M0 G2 R0)

Discusión:

Este caso presenta muchas dudas. La malignización del íleon descendido no es asumible en el caso de Colitis Ulcerosa operada con mucosectomía. La presentación de fístulas anales de repetición, y estenosis ileoanal son muy sospechosas de tratarse de una Enfermedad de Crohn, por lo que cabría un posible error en la biopsia inicial. Aunque este caso sea excepcional, los enfermos con EI precisan seguimiento muchos años después de concluir la edad pediátrica,

ARRANCAMIENTO DIAFRAGMÁTICO POSTRAUMÁTICO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

López Saiz A (1), Benlloch Sánchez C (1), Escrivá Peña F (2), Meseguer Carrascosa A(3), Muñoz Bonet JI(2).

(1)Unidad de Cirugía Pediátrica. (2) Servicio de Pediatría. (3) Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínic Universitari. Valencia

INTRODUCCIÓN.

La rotura diafragmática traumática es una lesión importante que se presenta en el contexto de traumatismos graves, y que con frecuencia pasa desapercibida, siendo en no pocas ocasiones un hallazgo intraoperatorio.

CASO CLÍNICO.

Niña de 16 años remitida desde otro centro por politraumatismo grave, con fractura-estallido de 3ª vértebra lumbar que compromete la médula espinal, y anulación funcional del riñón derecho. Previo al traslado se realizó en el centro referente laparotomía media supra-infraumbilical al detectarse en el TAC un hemoperitoneo masivo.

En las exploraciones radiológicas realizadas se evidencia una imagen basal derecha compatible con neumonía lobar, asociada a dificultad respiratoria, que se repite en los sucesivos controles. La TAC demuestra que tal imagen corresponde realmente a hígado ascendido al hemitórax derecho a través de una disrupción diafragmática que no se evidenció en la laparotomía previa.

El abordaje quirúrgico por toracotomía derecha evidencia arrancamiento del hemidiafragma derecho, desinsertado de todo el reborde costal, y únicamente fijo en su porción medial así como desplazamiento intratorácico de la totalidad del hígado, colon transverso y asas de delgado, con la subsiguiente compresión del pulmón derecho. Se realiza recolocación de vísceras abdominales y sutura diafragmática.

Los controles posteriores son favorables, con desaparición de la insuficiencia respiratoria y mantenimiento de la ortotopia visceral. Actualmente, a los seis meses de la intervención, sigue controles rutinarios que son normales.

DISCUSIÓN.

La interpretación cuidadosa de los datos clínicos y radiológicos es esencial en el correcto diagnóstico y tratamiento de una lesión que en la literatura se considera como de difícil detección y cuyo pronóstico en la mayoría de los casos viene condicionado por la premura diagnóstica.

FRACTURA MANDIBULAR OBSTÉTRICA

F. Cáceres, F. Parri, MA Sancho, L Saura, L Morales.

Servicio Cirugía Pediátrica. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic.

Introducción.

La frecuencia de trauma obstétrico, ha disminuido en los últimos años debido a los avances médicos y a la generalización de la cesárea. Sin embargo, persiste una incidencia alrededor de 6 / 8 traumas obstétricos por mil partos (1,44%) (). La lesión por fórceps es la más frecuente (48%). En cabeza y cuello se ha descrito lesiones de partes blandas, parálisis facial y braquial, céfalo-hematoma, fracturas parietales, anquilosis témporo-mandibular, asimetría en la oclusión dentaria (1,) y fractura mandibular.

Caso Clínico.

RN a término, cesárea secundaria a trauma obstétrico (desgarro de mucosa bucal y fractura mandibular). Uso inicial de fórceps por distocia de rotación. APGAR: 7-9-10; pH en sangre de cordón: 7,2. Examen físico: Peso: 3600 gr. Talla: 53 cm. Perímetro Cefálico: 36,3 cm, hematoma y desgarro de la mucosa de labio y maxilar inferior, estridor inspiratorio, resto normal.

Manejo inicial.

En el Hospital de origen se sutura la mucosa bucal y labial. Alimentación SNG. Analgesia. Antibióticos. RX huesos cara. Derivación al nuestro centro. Se mantiene tratamiento inicial. Valoración quirúrgica: Apertura bucal conservada, leve movilidad en foco de fractura sin desplazamiento, paresia facial mandibular. Se decide tratamiento conservador. Realimentación mediante lactancia materna al quinto día. Alta hospitalaria. Controles ambulatorios.

Evolución.

Se han realizado controles a los 3 meses, 1 y 2 años, sin apreciarse complicaciones. En la actualidad tiene 2 años 6 meses. Presenta un adecuado desarrollo psicomotriz y en el examen físico se evidencia normalidad y simetría a nivel mandibular, con movilidad conservada.

Comentario.

La frecuencia de trauma obstétrico en España ha disminuido principalmente por la generalización de la cesárea. Las lesiones por forceps en el area craneofacial pueden comportar secuelas graves. En el manejo de estos neonatos se debe contar con su gran capacidad plastica y reparadora, que recomienda tratamientos conservadores. Desde el abordaje inicial hasta el alta definitiva el manejo estará a cargo de un equipo multidisciplinario (cirugía facial, pediatría, odontología y neurología).

ASOCIACIÓN DE INTESTINO CORTO CONGÉNITO Y AGENESIA PULMONAR

Andres Am, Avila Lf, Encinas JI, Rodriguez I, Martinez L, Lassaletta L, Tovar Ja.

Hospital Infantil Universitario La Paz

El intestino corto congénito y la agenesia pulmonar unilateral son dos anomalías extremadamente raras y no se han descrito asociadas.

Presentamos una niña de tres días de vida, 38 semanas y 2310 gramos al nacimiento, con controles ecocardiográficos prenatales normales salvo retraso del crecimiento a partir de la cuarta semana, con un cuadro de distensión abdominal progresivo y vómitos biliosos. Durante la intervención quirúrgica se vio un intestino corto congénito (60 centímetros más colon) con obstrucción intestinal debida a una hernia interna.

La agenesia de pulmón derecho fue un hallazgo radiológico casual.

Falleció a los nueve días por dehiscencia de la anastomosis que obligó a una ileostomía en cañón de escopeta.

La autopsia añadió a los hallazgos descritos anomalías faciales y auriculares; apéndice preauricular derecho; CIA ostium secundum; agenesia de arteria y venas pulmonares derechas; agenesia de bronquio principal derecho, dextrocardia situs solitus; isomerismo hepático; atrofia parcial de vellosidades intestinales; depleción linfoide intensa en timo, bazo y ganglios linfáticos, agenesia tiroidea parcial.

El intestino corto se puede asociar con malrotación intestinal y estenosis pilórica.

La agenesia pulmonar unilateral se ha visto asociada a complejos malformativos (VACTERL; síndrome de lateralidad y síndrome de Goldenhar)

Conclusión: Aunque la interpretación diagnóstica esté abierta estas anomalías o son expresión de una alteración temprana de campos politópicos del desarrollo embrionario y por ello heterogénea.

LINFANGIOMA MESENTÉRICO QUÍSTICO GIGANTE: RARA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS MALFORMACIONES LINFÁTICAS

Liras Muñoz J, Sánchez Abuin A, Somoza Argibay I, Gómez Tellado M, Méndez Gallart R, Solar Boga A*, Pais Piñeiro E, Vela Nieto D.

Servicio de Cirugía Pediátrica y Gastroenterología. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña

Introducción: El linfangioma mesentérico quístico es un raro tumor benigno congénito de etiología desconocida, más frecuente en varones y que suele diagnosticarse en la 1ª década de la vida, tras un cuadro clínico variable que se caracteriza fundamentalmente por dolor abdominal crónico recurrente, aunque a veces su debut es en forma de abdomen agudo. Su localización principal es el mesenterio yeyunal, siendo muy raros en duodeno e intestino grueso. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa junto con el asa intestinal afectada, y aunque es excepcional, pueden recidivar.

Caso clínico: Niño de 5 años de edad, sin antecedentes de interés, estudiado en la consulta de Gastroenterología Pediátrica por dolor abdominal recurrente de 4 meses de evolución. La exploración física del niño era anodina, salvo un leve aumento del volumen abdominal, con una palpación normal. Las pruebas analíticas y funcionales solicitadas fueron normales. Ante la persistencia del cuadro, se deriva a nuestra consulta, donde se solicita ecografía abdominal que muestra masa multiquística gigante en mesogastrio, de contenido homogéneo, bien delimitada, no vascularizada, con el resto de exploración dentro de la normalidad. Se decide laparotomía exploradora, encontrándose gran masa mesentérica a nivel yeyunal, bien delimitada, móvil, no adherida a planos profundos ni infiltrante. Su extirpación es relativamente sencilla, obligando a resecar el asa de delgado correspondiente al segmento mesentérico afectado y a realizar una anastomosis intestinal primaria. Se revisó el resto de la cavidad abdominal, no encontrándose otras lesiones. El análisis en fresco de la pieza mostró una masa quística de 30 cm. de diámetro llena de un líquido lechoso, que analíticamente demostró ser quilo. El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un linfangioma quístico. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el niño se encuentra asintomático a los 9 meses.

Conclusión: La existencia de una masa quística mesentérica nos obliga a un correcto diagnóstico diferencial posquirúrgico, basado en la histopatología de la pieza, ya que el tratamiento definitivo y el pronóstico va a depender de ello. Se distinguen actualmente 6 orígenes histológicos diferentes: quistes linfáticos, mesoteliales, entéricos, urogénicos, teratomas quísticos maduros y pseudoquistes infecciosos o traumáticos. En nuestro caso, el linfangioma quístico se trata de un tumor con proliferación de vasos linfáticos de histología benigna y con múltiples lagunas quísticas llenas de quilo, a pesar de lo cual puede recidivar tras una resección incompleta.

DIAGNOSTICO PRENATAL Y ACTITUD POSTNATAL EN ATRESIAS DUODENALES

I Somoza, R Méndez, A Sánchez-Abuín, J Liras, MG Tellado, J Ríos, E Pais, D Vela

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña

INTRODUCCIÓN

La atresia de duodeno constituye la atresia intestinal más frecuente, con una incidencia de 1 de cada 5000 neonatos. Cuando el diagnóstico y el tratamiento no se realizan precozmente aumenta la mortalidad por aspiración y alteraciones electrolíticas. Tras el incremento de los estudios ecográficos prenatales cada vez es más frecuente el diagnóstico antes del parto. La imagen de doble burbuja aérea asociada a polihidramnios son habitualmente diagnósticos.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos los casos clínicos e imágenes prenatales de dos pacientes con diagnóstico antenatal de obstrucción duodenal. El diagnóstico antenatal fue realizado respectivamente en las semanas 25 y 27. La amniocentesis subsiguiente descartó alteraciones cromosómicas asociadas. El parto tuvo lugar en nuestro Centro de 3º nivel. La intervención quirúrgica pudo ser realizada precozmente en ambos casos, a las 5 horas del nacimiento. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, sin relevantes complicaciones metabólicas.

CONCLUSIONES

.El diagnóstico prenatal temprano de la atresia duodenal mediante ultrasonidos y subsiguiente amniocentesis juega un papel fundamental en el consejo antenatal y en el manejo de estos pacientes. La detección prenatal permite planear el parto en una unidad obstétrica, con una resucitación rápida y una intervención quirúrgica temprana. Los pacientes diagnosticados intraútero son intervenidos más precozmente y tienen menos complicaciones metabólicas.

FUGA BILIAR POST-COLECISTECTOMIA POR LESION DEL CONDUCTO DE LUSCHKA

Garcia M, Morgado H, Carvalho JL, Maia AM, Costa Santos, Campos M

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de São João. Porto

Las variaciones de la anatomía de los conductos biliares constituyen un riesgo aumentado de trauma y fuga biliar post-colecistectomía.

Presentamos un caso clínico de una niña de 13 años de edad, de sexo femenino, ingresada siete días después de ser sometida a colecistectomía por vía laparoscópica, por dolor abdominal y vómitos. Se verificó la existencia de fuga biliar, por lesión de un conducto biliar aberrante-conducto de Luschka. Se realizó laparotomía con lavado y drenaje abdominal y colangiografía con esfinterotomía. Se constató el cierre completo de la fuga biliar después de 30 días de tratamiento. Los ductos de Luschka son conductos biliares aberrantes de pequeño diámetro (menor que 1 mm), bien reconocidos como causa de fuga biliar y peritonitis post-colecistectomía en adultos. Las lesiones del conducto de Luschka pueden evitarse con una disección cuidadosa de la vesícula biliar, lo más próxima posible a su pared, intentando disminuir los riesgos con laqueaciones de todas las estructuras individualizadas en el triángulo de Calot, para evitar fugas posteriores y explorando el lecho vesicular cuidadosamente al final de la cirugía.

Este es el segundo caso, de nuestro conocimiento, publicado en la literatura, de fuga biliar post-colecistectomía por lesión del conducto de Luschka, en edad pediátrica, siendo el primero después de una colecistectomía laparoscópica.

PANCREATITIS NECRÓTICOHEMORRÁGICA EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO

M. D. Sánchez-Redondo, A. Crespo, M.J. Santiago, B. Martín-Sacristán, L. Sentchordi
Hospital Virgen de la Salud, Toledo

INTRODUCCION: La pancreatitis necroticohemorrágica es una patología rara en niños. Sus causas más frecuentes son los traumatismos abdominales, las infecciones víricas y la litiasis biliar. También está descrita en relación con la toxicidad por fármacos inmunosupresores. La L-Asparaginasa puede provocar esta complicación en el 2-16% de los casos en los que se administra.

CASO CLINICO: Varón de 3 años y medio sin antecedentes de interés, diagnosticado de LLA-L1 de alto riesgo por persistencia de blastos en el día 14. Tratado según protocolo SHOP LAL 99. Al finalizar la fase de inducción inicia cuadro de dolor abdominal progresivo y vómitos biliosos, con distensión abdominal y signo de Cullen a la exploración, presentando íleo paralítico y analítica compatible con pancreatitis aguda. en la ecografía abdominal se apreciaron imágenes sugestivas, confirmando el TAC la existencia de pancreatitis aguda con componente necrótico, inflamación de la grasa peripancreática y mesentérica y abundante ascitis. Tras tratamiento conservador con reposo intestinal, sonda nasogástrica, analgesia y Octreótide, evoluciona favorablemente clínica, analítica y radiológicamente durante la primera semana, normalizándose las enzimas pancreáticas y restaurándose el tránsito intestinal. De forma brusca presenta empeoramiento clínico con cuadro de colestasis intrahepática, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, coagulopatía de consumo y progresión a fallo multiorgánico con evolución fatal.

CONCLUSIONES: 1) El tratamiento conservador con Octreótide ha disminuido la mortalidad por pancreatitis en estudios animales y puede limitar la severidad de la enfermedad, aunque todavía su uso es contrvertido. 2) El tratamiento quirúrgico raramente está indicado en el momento del diagnóstico, salvo que halla dudas en el diagnóstico. 3) Las infecciones pancreáticas secundarias y las complicaciones locales constituyen una indicación quirúrgica al igual que los casos con toxicidad sistémica. 4) El deterioro clínico progresivo a pesar de un tratamiento adecuado en UCIP constituye una indicación quirúrgica controvertida.

HETEROTOPIA GÁSTRICA EN FARINGE Y ESTAFILOSQUISIS. UN CASO

López M, Delgado MD, García A, Cabezalí D, Herrero E, Benavent MI

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: La heterotopia de mucosa gastrointestinal es rara en cabeza y cuello. La mayoría de los casos que se describen en cavidad oral se refieren al suelo de la boca y sólo un caso lo describe en nasofaringe, y ninguno con asociación a fisura palatina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recién nacido a término con diagnóstico intraútero de ventriculomegalia bilateral leve aislada y arteria umbilical única. Desde el nacimiento presenta una masa en cavidad oral que protruye con el llanto y produce dificultad respiratoria. En la resonancia magnética se observa su implantación en naso y parafaringe-paladar blando derecho. El niño presenta también tumoración en 4^o ventrículo, asimetría facial y torácica, así como una estafilosquisis 3/3.

RESULTADO: Se realiza exéresis de la masa con resultado anatomopatológico de heterotopia gástrica. Actualmente está asintomático y porta una válvula de derivación ventriculo-peritoneal. A día de hoy no está etiquetado dentro de ningún síndrome. Está en espera para cirugía por su fisura palatina.

DISCUSIÓN: Puede existir alguna relación entre ambas entidades, estafilosquisis y heterotopia en faringe, pero... ¿como asociación malformativa o como secuencia deformativa?

NEFROMA MESOBLÁSTICO CONGÉNITO: UN DILEMA DIAGNÓSTICO

W. Martínez Calonge(1), A. Ochoa de Castro(1), F. Heitor(2), C. Sanchis(3), L. Castro(4)

Servicios de Cirugía Pediátrica (1), Oncología (2), Radiología (3) y Anatomía Patológica (4).
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introducción

El nefroma mesoblástico, sólo reconocido como una entidad diferente del nefroblastoma en 1969, fue inapropiadamente tratado con quimioterapia durante mucho tiempo. Los raros casos de malignización parecen estar en relación con diagnóstico tardío, resección incompleta o tratamientos agresivos correspondientes a un supuesto diagnóstico de nefroblastoma.

Material y métodos

Los dos últimos casos tratados en nuestro servicio se manifestaron antes de cumplido el tercer año de vida como masas abdominales palpables, con vaga sintomatología digestiva y hematuria no macroscópica. En uno de los casos el gran volumen de la masa era perceptible a la simple observación. Aunque en ambos casos algunas imágenes preoperatorias (ecografía, RMN y TAC) sugerían un patrón multilocular, el diagnóstico definitivo fue anatomopatológico. En los dos casos se procedió a una nefroureterectomía alargada transperitoneal con completa exposición del hilio renal, sin ninguna quimioterapia o radioterapia adyuvantes.

Resultados

Los dos pacientes se encuentran fuera de tratamiento, con seguimiento imagiológico periódico y sin hallazgos específicos de marcadores tumorales o hipertensión.

Conclusiones

En nuestra corta experiencia la resección del nefroma mesoblástico confinado a la celda renal con márgenes libres parece justificar la abstención de tratamiento quimioterápico o radioterápico adyuvantes.

ONFALOCELE MINOR Y FISTULA VESICOUMBILICAL

Uroz Tristan J.,Hernandez Castelló C.,Beltrá Picó R., Santana Ramirez R.

Servicio De Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil De Canarias

La no regresión del uraco en toda su extensión da origen a su persistencia, detectable por la emisión de orina por ombligo.La presencia de una megavejiga no descendida desembocando directamente en ombligo amplio en borde inferior de un onfalocele minor es muy rara. En este niño se aunaron estas dos malformaciones.

CASO CLINICO:

Recien nacido a termino, varon, peso al nacer 2880 gramos. Apgar 7-8.Diagnosticado intraútero de onfalocele minor en el sexto mes .Desde el nacimiento emisión de orina por ombligo. El examen del área umbilical detectó la presencia de un cordón con una base de implantación amplia de 3 cms de diámetro por la que salía orina a través de una fístula vesicoumbilical evaginada y la herniación de asas intestinales en el cordon con el llanto del niño. La fistulografía y cistografía puso de manifiesto una megavejiga no descendida comunicada ampliamente con el ombligo y la normal disposición de la via urinaria inferior .No malformaciones asociadas detectables ecográficamente.

Se interviene quirúrgicamente al tercer día de vida resecando y remodelando la prolongación vesical hasta el borde inferior del onfalocele, y reconstruyendo el ombligo. El estudio histológico de la pieza reseca informó de "pared vesical normalmente conformada".

DISCUSION

El fallo en el normal desarrollo fetal en el punto donde la cloaca anterior se encuentra con el alantoides puede originar entre otras malformaciones la presencia de un ombligo ensanchado por una amplia comunicación con la vejiga .Podría insinuarse que el uraco en verdad esta ausente convirtiéndose la totalidad de la cloaca ventral en vejiga abriéndose ampliamente en el ombligo y pudiéndose evaginar ,apoyando la teoría que evoca un origen mas cloacál que alantoideo al uaraco y ocasionandose un problema de continente -contenido en el ombligo y en consecuencia un onfalocele minor .

ASPERGILOMA PULMONAR DE PRESENTACION "BOLA EN HOYO" EN UN NIÑO LEUCEMICO

Uroz Tristan J., Santana Ramirez R., Beltrá Picó R., Hernandez Castelló C., Lodos Rojas J C*, Molinés Honrrubia A*.

Servicio de Cirugía Pediátrica . *Sección de Hematología-Oncología. Hospital Universitario Materno Infantil De Canarias

La aspergilosis pulmonar invasiva es una severa y devastadora infección oportunista en pacientes con enfermedades hematológicas malignas e inmunodepresión. La presentación como aspergiloma único pulmonar es muy rara en la infancia.

CASO CLINICO: Paciente de 9 años de edad, tratado de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) hace 7 años. Inmunofenotipo común de alto riesgo. Recidiva neuromeningea hace 4 años.

Posteriormente autotransplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica.

Tras tres años libre de enfermedad es hospitalizado por recidiva medular. Tratamiento de recidiva con protocolo Fludarabina, Citarabina e Idarrubicina.

Durante período de pancitopenia prolongada del segundo ciclo, el niño es tratado con antibióticos de amplio espectro por dolor en lado derecho del tórax presentando signos y síntomas de afectación pulmonar con hemocultivos positivos a Bacilos Gram negativos.

Las Radiografías de Tórax (RxT) muestran la presencia de una condensación parenquimatosa en campo superior del pulmón derecho y derrame pleural derecho moderado. Tras persistir cuadro febril, hemoptisis y la imagen radiológica se añade al tratamiento con Itraconazol y Anfotericina liposomal.

Pese al tratamiento con antibióticos, antifúngicos, y factores de crecimiento hematopoyéticos, el niño no mejoró. En nueva RxT aparece una imagen redondeada en lóbulo superior derecho y "signo del halo", con disminución del derrame pleural.

Tras realizarle una Tomografía Axial Computarizada (TAC) un mes después de la aparición en las Rx de la lesión redondeada se intervino con el diagnóstico de aspergiloma (ball-in-hole) extrayendo éste mediante minitoracotomía y cirugía videoasistida. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. Los cultivos de líquido pleural y sangre fueron negativos para hongos.

CONCLUSIÓN: En pacientes inmunodeprimidos las infecciones por hongos conocidas y complicadas deben ser tratadas combinando el tratamiento específico sistémico antifúngico con la eliminación física de los acúmulos de hongos o aspergilomas, eliminando la posibilidad de diseminación desde el nido pulmonar, y la aparición y/o persistencia de hemoptisis, como en este caso.

ANEMIA CRÓNICA EN LA INFANCIA.¿Qué más puede ser?.

Uroz Tristan J.;Hernandez Castelló C.,Beltrá Picó R., Santana Ramirez R.,Molinés Honrrubia A*.Ramos Cabrera J C.**

Servicio de Cirugía Pediátrica.*Sección de Hematología-Oncología.Sección A. Digestivo.
Hospital Universitario Materno Infantil De Canarias

Presentamos el caso clínico de un niño con anemia ferropénica severa y con sangre oculta en heces, que precisó transfusión sanguínea en una ocasión, y que tras 2 años de seguimiento en Consultas Externas de Hematología y Pediatría tratado quirúrgicamente de una rara malformación vascular en intestino delgado. Un año después el niño esta asintomático.

Caso clínico. Niño de 7 años de edad, con antecedentes de anemia ferropénica crónica, en tratamiento con hierro desde los 4 años de edad. A lo largo de su seguimiento se le realizaron estudio isotópico (gammagrafía con Tc99), radiográficos (un tránsito intestinal con contraste con bario que resultó acelerado) y endoscopias digestivas alta y colonoscopia que no detectaron punto sangrante alguno.

Ante la sospecha de malformación vascular intestinal le realizamos una laparoscopia exploradora, que permitió el hallazgo de la misma y su tratamiento. Anatomopatológicamente fue diagnosticada como angiodisplasia, que afectaba a una extensión de 110 cm de intestino delgado que se resecaron, restaurándose la continuidad mediante una anastomosis término terminal.

Resultados. El niño se recuperó satisfactoriamente normalizándose las cifras de hemoglobina, presentando un buen estado general un año después de la intervención.

Discusión. Las anomalías vasculares intestinales son muy raras, ya sean congénitas o adquiridas y excepcionalmente se presentan en la infancia. El diagnóstico preoperatorio suele ser muy difícil, en ausencia de lesiones cutáneas típicas acompañantes como ocurre en el síndrome Bean, más aún cuando las pruebas diagnósticas se realizan fuera de los episodios de sangrado y/o la zona afectada es el intestino delgado medio. En nuestro paciente la única prueba diagnóstica sospechosa fue la existencia de un tránsito intestinal baritado acelerado que junto a la presencia de sangre oculta en heces indujo al diagnóstico de “lesión intraluminal sangrante”, con el mencionado resultado de angiodisplasia intestinal.

TUMORACIÓN HEPÁTICA ASINTOMÁTICA INFRECUENTE(UTILIDAD DE LA ANGIOGRAFÍA HEPÁTICA)

Uroz Tristan J.,Beltrá Picó R.,Vazquez Estevez J.*, Hernandez Castelló C.,Santana Ramirez R.,Melwani K*.

Servicio de Cirugía Pediátrica .* Hospital Gregorio Marañón(Madrid)**Sección de Oncología. Hospital Universitario Materno Infantil De Canarias

Introducción. Entre los tumores hepáticos benignos incluyendo un amplio espectro de procesos regenerativos y verdaderas neoplasias los adenomas son muy raros. El diagnóstico de la benignidad en un alto porcentaje de casos es posible con estudios de imagen como tomografía axial computorizada (TAC), resonancia magnética, y ecografía, siendo los estudios angiográficos muy útiles en las grandes tumoraciones para un correcto planteamiento terapéutico.

Caso clínico. Niña de 9 años de edad, a la que tras un accidente en la vía pública se le detecta una gran masa hepática derecha que se extiende desde el diafragma hasta la fosa iliaca derecha, sin sintomatología alguna acompañante. El TAC, la biopsia hepática y los resultados de la misma, así como los marcadores hepáticos e inmunológicos confirmaron el diagnóstico de adenoma hepático con una afectación de 4/5(80%) del “volumen hepático”

La arteriografía y venografía portal fue el procedimiento clave para facilitar el abordaje quirúrgico y la exéresis de la tumoración de 20x18x15 cm que se realizó con éxito. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Discusión.El adenoma hepático es un tumor benigno de escasa frecuencia, el gran tamaño que puede llegar a alcanzar, como en nuestra paciente, puede causar un cuadro de compresión y desplazamiento de las estructuras vecinas, convirtiéndolo en un riesgo sobreañadido. La exéresis completa, hemihepatectomía derecha ampliada, fue posible gracias a la correcta planificación que permitieron los estudios angiográficos en fase arterial y venosa, dada la gran distorsión de los vasos hepáticos, así como al uso de medios técnicos especiales como el bisturí ultrasónico. Casi 20 meses después la niña está libre de enfermedad y su hígado presenta una regeneración y recuperación adecuada a partir del escaso tejido hepático preservado.

SINDROME COMPARTIMENTAL EN PIE SECUNDARIO A

Alberto Sánchez Abuín, Iván Somoza, Jorge Liras, Cesar de Lafuente, Pedro Gonzalez-Herranz, Roberto Méndez, Manuel G. Tellado, Ernesto Pais, Diego Vela

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

Introducción:

En 1881 Richard Von Volkman realizó la primera descripción del síndrome compartimental (SC). Consiste en elevación de presión intersticial, por encima de presión de perfusión capilar, dentro de un compartimento osteofascial cerrado, con compromiso de del flujo sanguíneo ocasionando daño tisular. Presentamos el primer caso descrito en la literatura de un síndrome compartimental en miembro inferior debido a la hemorragia de un hemangioma.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una paciente de 8 años con antecedente de hemangioma cavernoso en base 2º dedo de pie dcho y parte de antepié. Acude a urgencias por cuadro de hemorragia aguda espontánea en área plantar y dolor en pie y pierna dchas. Presión intracompartimental > 30 mm Hg en compartimentos plantar y dorsal. Intervención quirúrgica para descompresión de los nueve compartimentos del pie. Fasciotomía medial para descompresión de compartimentos calcáneo, medial, superficial y lateral, más fasciotomía dorsal para descomprimir antepié. El 4º día postoperatorio comenzó cuadro de fascitis necrotizante en antepié que precisó desbridamiento y antibioterapia.

Posteriormente buena evolución tras seguimiento durante 6 meses.

Conclusiones:

El SC es poco frecuente en la población pediátrica. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial en traumatismos (fracturas, aplastamientos), quemaduras, mordeduras serpiente, inyección de sustancias a alta presión, ejercicio exagerado, hemorragia. Las fracturas supracondileas y tibiales diafisarias son las causas más frecuentes de SC en niños. La hemorragia aguda de cualquier etiología en una extremidad que causa un cuadro de dolor debe hacernos sospechar un SC.

IMPORTANCIA DE LA PREMURA DIAGNÓSTICA EN LA FASCITIS NECROSANTE ASOCIADA A VARICELA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

López Saiz A (1), Benlloch-Sánchez C (1) Martínez-Costa C (2). Muñoz Bonet JI (2). Brines-Solanes J(2)

(1) Unidad de Cirugía Pediátrica. (2) Servicio de Pediatría. (3) Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínic Universitari. Valencia

INTRODUCCIÓN.

La fascitis necrosante es una enfermedad infrecuente en la infancia pero de infausto pronóstico. Por nuestra experiencia en dos casos en los últimos 4 años, creemos fundamental que se conozca la importancia de un tratamiento quirúrgico precoz en el pronóstico de supervivencia de estos pacientes.

CASOS CLÍNICOS.

El primer caso corresponde a una niña de 38 meses que en el curso de una varicela presentó una lesión inframamilar dolorosa, caliente y eritematosa de 12 centímetros con extensión inicial a tejidos blandos y fascia. Se trató inicialmente con cefuroxima endovenosa y curas locales, a pesar de lo cual el cuadro clínico empeoró rápidamente, por lo que nos fue remitida. A su llegada iniciamos el tratamiento con penicilina a altas dosis, seguido por intervención quirúrgica inmediata, a través de toracotomía derecha donde se evidenció necrosis que llegaba en profundidad hasta el parénquima pulmonar. La biopsia y el cultivo confirmaron el diagnóstico de fascitis necrosante. La mejoría postoperatoria fue espectacular, recibiendo el alta hospitalaria a los quince días de la cirugía, con la única secuela de un refuerzo pleural en los controles radiológicos postoperatorios.

La experiencia adquirida en este primer caso, que motivó una revisión concienzuda de la literatura al respecto, nos fue de extrema utilidad cuando se nos consultó telefónicamente desde otro centro sobre la mejor pauta antibiótica a aplicar en un niño de 19 meses cuya descripción se asemejaba a la descrita en el caso anterior, si bien en este la lesión cutánea abarcaba la bolsa escrotal y la región inguinal izquierda. Se habilitó un traslado urgente, instaurando de inmediato la pauta antibiótica antes descrita, a pesar de lo cual a su llegada el eritema cutáneo ya se extendía a la totalidad del hemiabdomen inferior izquierdo y hasta vacío derecho. Se intervino de inmediato, comprobándose necrosis de la grasa subcutánea a todos esos niveles, sin afectación testicular. La evolución postoperatoria fue asimismo de rápida mejoría, encontrándose el paciente al año de la intervención asintomático.

CONCLUSIONES.

La fascitis necrosante es una infección bacteriana aguda y fulminante, que se favorece con los estados de inmunosupresión (varicela). Su evolución hace esencial estar alerta cuando la sospechamos. El desbridamiento quirúrgico precoz y repetido si es necesario, y la antibioterapia con penicilina a altas dosis son las bases del éxito.

RESECCIÓN CRICOTRAQUEAL PARCIAL COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS SUBGLÓTICA SEVERA EN NIÑOS

A. Cañizo , M.A. García-Casillas , J.A. Matute , J. Vázquez

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción:

La estenosis subglótica es una enfermedad poco frecuente en niños. Su origen puede ser congénito pero generalmente es secundaria a períodos de intubación prolongados.

Existen 4 grados de estenosis dependiendo del porcentaje de superficie ocluída, siendo la resección cricotraqueal útil en el tratamiento de los casos más severos (grados III y IV de Cotton).

Caso clínico:

Varón de un año de edad con antecedentes de tetralogía de Fallot intervenida quirúrgicamente, que tras 12 días de intubación, desarrolló una estenosis subglótica.

Tras un intento fallido de corrección (Split), fue traqueostomizado y derivado a nuestro hospital. La fibrobroncoscopia realizada al ingreso mostró una estenosis subglótica cicatricial grado IV de Cotton.

Se realiza una resección cricotraqueal parcial con anastomosis tirotraqueal primaria según la técnica descrita por Monnier, colocándose un tubo de Portex del 4.5.

La extubación se consigue al 5º día postoperatorio, siendo dado de alta al 10º día con una buena fonación inicial. Desarrolla un granuloma subglótico que se extirpa a los 2 meses de la intervención. Actualmente el paciente se encuentra asintomático tras un período de seguimiento de 7 meses.

En este estudio se describe la técnica quirúrgica así como el protocolo de cuidados postoperatorios.

Conclusión:

La resección cricotraqueal parcial es una técnica quirúrgica poco empleada en niños muy útil en el tratamiento de los grados avanzados de estenosis subglótica donde obtiene mejores resultados que las laringotraqueoplastias, consideradas el tratamiento de elección hasta el momento actual.

SECUESTRO PULMONAR INFRADIAFRAGMÁTICO PRESENTADO COMO UNA LESIÓN SUPRARRENAL DETECTADA PRENATALMENTE

González Martínez-Pardo N, Elías Pollina J, Sáinz Samitier A, Ruiz de Temiño Bravo, Escartín Villacampa R, Esteban Ibarz J.A.

Hospital Maternoinfantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: El secuestro pulmonar extralobar (SPE) es una malformación pulmonar rara con una incidencia de 0.15-1.7 % y que se caracteriza por una masa de pulmón no funcionante, sin comunicación con el árbol bronquial e irrigado y drenado por vasos sistémicos. El 90% están situados en el lado izquierdo, el 70% en el lóbulo inferior y sólo el 10-15 % son infradiafragmáticos, presentándose como masas asintomáticas de localización suprarrenal izquierda.

Caso clínico: Recién nacida tras embarazo de 39 semanas con peso de 2980 g. asintomática y con exploración normal que había sido diagnosticada de masa suprarrenal a las 20 semanas de gestación. La ecografía postnatal confirma la existencia de una masa de 3x 2.5 cm. de predominio quístico en hemiabdomen superior izquierdo, sobre riñón al que impronta y con diagnóstico de neuroblastoma (NB). La RNM señala igualmente una masa con áreas hipointensas, de aspecto irregular compatible con NB suprarrenal izquierdo. Sin embargo el resto de las pruebas analíticas realizadas: hemograma, bioquímica, catecolaminas, marcadores tumorales y MIBG, fueron normales. Es intervenida al mes de vida encontrando un riñón y suprarrenal izquierdos normales y una masa de 3x 2.5 cm. semisólida con áreas quísticas adherida a pilares posteriores diafragmáticos y con un pedículo vascular posterior que lo irriga. Se reseca en su totalidad. Anat. Patológica: Secuestro pulmonar con cambios de malformación adenomatoidea quística tipo II.

Discusión: La mayoría de los SPE infradiafragmáticos son asintomáticos, siendo anteriormente hallados de forma casual en la edad adulta y en autopsias. En la actualidad, debido al uso de la ecografía prenatal, son diagnosticados como masas suprarrenales debiendo hacer un diagnóstico diferencial con el NB y con la hemorragia suprarrenal. Existen algunas diferencias 1) Respecto a la localización, en el SPE el 90% son izquierdos, mientras que >60% de los NB son derechos. 2) Edad al diagnóstico prenatal: 2º trimestre en el SPE y 3º en el NB. 3) Características ecográficas: En el NB el 60% tienen apariencia quística, el 15% sólida y el 25% mixta, mientras que el SPE tiene apariencia sólida en el 70% de los casos.

En el caso de la hemorragia suprarrenal puede verse prenatalmente al tercer trimestre del embarazo, es más frecuente en el lado derecho y aunque suele comenzar siendo ecogénica, aumentan posteriormente las áreas hipoecoicas a la vez que involuciona de tamaño. Ante la falta de seguridad del diagnóstico benigno de la masa se suelen intervenir alrededor del mes de vida, encontrando como en nuestro caso un SPE asociado a malformación adenomatoidea quística tipo II.

TORSIÓN AISLADA TUBÁRICA, UN HALLAZGO LAPAROSCÓPICO

Cabezalí D, Lopez M, García A, Gomez A, Cano I, Benavent M

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

INTRODUCCION: La torsión aislada de trompa es infrecuente y sobre todo en el ámbito pediátrico. Establecer el diagnóstico con la clínica y la ecografía es difícil y suele ser en la exploración quirúrgica cuando se descubre su existencia.

CASO CLINICO: Paciente de 13 años que acude al hospital por vómitos y dolor de 11 horas de evolución en la región hipogástrica. El dolor se hace intenso y constante y se proyecta en fosa iliaca derecha. La paciente presenta buen estado general y la exploración abdominal detecta a la palpación el el cuadrante inferior derecho ligera contracción muscular involuntaria. Estos hallazgos poco relevantes empujan a la realización de una ecografía abdominal que visualiza un quiste complejo de 5 mm de diámetro con septos en el interior dependiente del anejo derecho y sin flujo ene el mismo. La progresión de los síntomas y la falta de un diagnóstico concreto conducen a la paciente a una exploración laparoscópica en la que se encuentra un trompa derecha con signos de isqueia, torsionada, acompañada de un ovario indemne. Durnate la cirugía se realizó una salpinguectomía derecha preservando el ovario del mismo lado. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y actualmente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN: La rareza de la torsión de trompa, los síntomas de presentación poco específicos y la mayor frecuencia de torsión del lado derecho, donde se presentan otras patologías más comunes, hacen de esta patología una entidad de difícil diagnóstico con la exploración clínica y radiológica. La laparoscopia no es sólo una vía de abordaje poco cruenta, sino que se trata de un procedimiento útil para el diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo en la infancia.

ESPLENECTOMÍA SUBTOTAL COMO TRATAMIENTO DE UN HAMARTOMA ESPLÉNICO EN EDAD PEDIÁTRICA.

Liras Muñoz J, Sánchez Abuin A, Somoza Argibay I, Gómez Tellado M, Méndez Gallart R, Maté A*, Pais Piñeiro E, Vela Nieto D

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña

Introducción: Los tumores sólidos del bazo son una entidad clínica excepcional, excluyendo aquellos linfomas que en su extensión sistémica afectan al bazo. Los casos recogidos en la Literatura son escasos, existiendo discrepancias entre los diferentes autores sobre su etiología y frecuencia. Parecen ser más frecuentes los benignos, como angiomas, adenomas y, principalmente, hamartomas. Los tumores malignos, como el angiosarcoma, son rarísimos. Su tratamiento ha sido, clásicamente, la esplenectomía total, asumiendo los riesgos que ello conlleva en edad pediátrica.

Caso clínico: Niña de 2 años de edad, sin antecedentes de interés, diagnosticada de esplenomegalia en el transcurso de un cuadro febril agudo de origen faringoamigdalario. Se realiza una ecografía abdominal que demostró la esplenomegalia a expensas de una tumoración sólida de unos 4 cm. de diámetro en polo inferior esplénico. El resto de la exploración física de la niña fue normal y los estudios analíticos no demostraron alteraciones hematológicas ni de otra índole. Se realiza RMN abdominal, confirmándose la presencia de una masa bien delimitada, sólida, homogénea, no hipervascularizada, de 4 cm. de diámetro, en polo inferior de bazo. Tras completar inmunización antineumocócica, se decide laparotomía a través de incisión subcostal izquierda. Se libera el bazo mediante ligadura de los vasos cortos de la curvatura gástrica mayor y se observa masa sólida única, intraparenquimatosas, de aspecto superficial blanquecino, en su tercio medio. Se disecciona el hilio esplénico, observando la ramificación del paquete arteriovenoso en 4 ramas. Se ligan las 3 ramas superiores, permaneciendo viable el tercio inferior del bazo. Se procede a la esplenectomía subtotal con márgenes libres de tumoración, mediante el empleo del bisturí armónico Ultracision. La superficie de corte se coagula con el bisturí eléctrico de Argón y se comprime con una malla de colágeno hemostático suturada con puntos transfixivos de Gore-Tex. Tras comprobar la ausencia de sangrado, la benignidad de la tumoración en el estudio anatomopatológico intraoperatorio y la buena perfusión del bazo conservado, se procede al cierre de la incisión. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con retirada del drenaje abdominal a las 24 horas, sin necesidad de hemotransfusiones y con Alta hospitalaria al 6º día. La niña permanece asintomática a los 3 meses con profilaxis antibiótica. El diagnóstico anatomopatológico confirmó que se trataba de un hamartoma esplénico.

Conclusión: Los avances tecnológicos y los nuevos biomateriales permiten afrontar la cirugía del bazo de una manera más conservadora que antaño. Si a esto unimos la reducción drástica del riesgo de sepsis neumocócica al mantener tejido esplénico funcional, creemos que la hemiesplenectomía o esplenectomía subtotal son de elección al día de hoy para estas cirugías en edades inferiores a los 5 años.

ASCITIS MASIVA DE CAUSA INFRECUENTE

Elías J.; Gutierrez A.*; González N; Salazar J**; Esteban J.A

Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio de Cirugía Cardíaca. **Sección de Cardiología
Pediátrica

Introducción: La ascitis grave es una patología relativamente poco frecuente en la infancia, cuyas principales causas son: la cirrosis, la oclusión portal, la pericarditis constrictiva, algunas nefropatías, las poliserositis como el lupus, los tumores peritoneales y la peritonitis tuberculosa, entre otras.

Caso clínico: Paciente de 13 años remitido desde Guinea Ecuatorial a nuestro Hospital por presentar ascitis importante desde hace 5 años, con astenia, ortopnea y dolor abdominal.

Diagnosticado de insuficiencia cardíaca congestiva crónica y controlado en su país mediante paracentesis evacuadoras periódicas cada 2 semanas y diuréticos.

A su ingreso peso: 35,8 Kg (14 de ellos debidos a la ascitis) Talla 136 cm (

Se realiza una primera paracentesis extrayendo 14 l. de líquido ascítico; 14 días después se extraen otros 9,5 l. y 12 días después, previa al cateterismo cardíaco otros 7,5 l.

Se decide la intervención quirúrgica y el día anterior se extraen 11 l. más. Se interviene encontrando un VD muy pequeño y practicándose decorticación endomiocárdica del VD y substitución de la mitral y tricúspide por prótesis mecánicas.

A los 6 días de intervención nueva paracentesis con extracción de 9,5 l. Desde entonces (octubre 2002) se ha podido controlar la ascitis sólo con tratamiento médico (furosemida, espirolactona, digoxina y cumarínicos) precisando una única extracción de líquido de 6 l. en mayo de 2003, con descompensación, derrame pericárdico y pleural. (Ha sido ingresado en otras dos ocasiones, sin precisar paracentesis, por una intoxicación digitálica y para intervención de un granuloma laríngeo dependiente de aritenoides derecho).

Comentario: A pesar de que nuestro paciente, dada su idiosincrasia, no lleva el tratamiento de una forma muy estricta, después de más de año y medio de la intervención se encuentra con un muy buen estado clínico sólo con el tratamiento médico.

PERFORACIÓN DIAFRAGMÁTICA IATROGÉNICA PERINATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO:

L.Saura, M.Castañón, J.Prat, J. Mayol, M.Iriondo, L.Morales

Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona

Introducción: Las hernias diafragmáticas traumáticas se asocian básicamente a accidentes de tráfico o traumatismos penetrantes en niños de cualquier edad, aunque son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes. Aunque la iatrogenia durante el acto quirúrgico de la cesarea estan descritas, no hemos encontrado ningún caso de hernia diafragmática traumática debido a lesión durante la misma.

Caso clínico: Varón neonato de 25 SG y 420g de peso, fruto de tercera gestación madre de 26 años VIH + con triple terapia durante el embarazo (AZT, 3TC, NELE). Serologías negativas para Lues, VHC y VHB, que a las 25 semanas de presenta oligoamnios y registro patológico con alteración Doppler y presentación de nalgas-podálica que requirere cesárea de urgencias. Al nacer presentaba Apgar de 6, 9 y 9 con pH arteria umbilical 7,08 y una herida inciso contusa en hemitórax izquierdo con visualización de asas intestinales en el interior del tórax. Rx imágenes de asas intestinales en la zona inferior de hemitórax izquierdo. Con la sospecha diagnóstica de perforación diafragmática iatrogénica con herniación de vísceras de la cavidad abdominal en el hemitórax izquierdo, se procede a toracotomía a través de la herida observando un desgarro diafragmático de 1cm de diámetro que se reparó con sutura directa con material reabsorbible. A pesar de la gran prematuridad del paciente y el bajo peso la evolución postquirúrgica fue favorable. Ocho meses después del nacimiento el paciente se encuentra asintomático.

Discusión: Las lesiones iatrogénicas más habituales descritas en los neonatos durante parto, son debidas a biopsia corial, amniocentesis, fórceps, "vacuum extractor" y absceso en cuero cabelludo secundario a la microtoma. En las cesareas están descritas lesiones incisivas cutaneas por el bisturí. La presencia de lesiones más graves con afectación de órganos y estructuras internas es menos habitual. Existen descritos dos casos de lesiones del aparato genitourinario y rectovaginal; uno de ellos por tracción bimanual al intentar el parto vaginal, y el otro por iatrogenia quirúrgica durante la cesarea.

Conclusión: A propósito de este caso queremos llamar la atención sobre el riesgo de lesión fetal en la cesárea urgente, y la posibilidad de supervivencia sin secuelas en un feto de 25s.

INVAGINACIÓN INTESTINAL NEONATAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG

I Somoza, MG Tellado, J Liras, A Sánchez-Abuín, R Méndez, J Ríos, E Pais, D Vela

Servicios de Cirugía Pediátrica, Hospital Juan Canalejo, A Coruña

Introducción: La invaginación neonatal es una entidad rara que acontece en el 0.3% de todos los casos de intususcepción y en el 3% de las obstrucciones intestinales neonatales. La mayoría de las veces se diagnostica tardíamente y se presenta como una enterocolitis necrotizante. El 58% de las veces se encuentra asociada una etiología identificable, entre ellas se ha visto asociada a síndrome de bilis espesa y a síndrome de colon izquierdo pequeño. La relación entre invaginación neonatal y enfermedad de Hirschsprung no ha sido publicada previamente en la literatura.

Caso clínico: Paciente neonato a término de 3140 gr, fruto de embarazo no controlado. Remitido a nuestro Centro a los dos días de vida por sospecha de obstrucción intestinal. Clínica de vómitos biliosos y distensión abdominal desde las 24 horas de vida, tras haber realizado deposiciones meconiales. En imágenes radiográficas se observa obstrucción intestinal probablemente a nivel ileal. Se realiza Enema con Gastrografín®, evidenciándose invaginación ileocecal que se desinvagina sin dificultad, comprobándose el paso de contraste a íleon. Tras su estabilización evoluciona favorablemente, precisando “nursing” para realizar deposición. Al 5º día de ingreso presenta empeoramiento clínico con sospecha de enterocolitis. Es intervenido quirúrgicamente realizándose colostomía de descarga y biopsias intestinales. Las biopsias intestinales demostraron ausencia total de células ganglionares a nivel de recto-sigma. Actualmente se encuentra pendiente de descenso rectal.

Discusión: Debe descartarse la presencia de invaginación intestinal mediante la realización de enemas de contraste y ultrasonidos en los pacientes neonatos con sospecha de obstrucción intestinal. Se ha postulado la diferencia de calibre entre el íleon y la válvula ileocecal como causa de la invaginación ileocecal. Esta teoría podría explicar la posible tendencia a la invaginación en los pacientes con dilatación patológica del colon, como en la enfermedad de Hirschsprung, el síndrome de bilis espesa o el síndrome de colon izquierdo pequeño.

LITIASIS CORALIFORME BILATERAL: TRATAMIENTO MEDIANTE LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA CON ONDAS DE CHOQUE

II Somoza, S Novás*, J Liras, A Sánchez-Abuín, R Méndez, MG Tellado, J Ríos, E Pais, D Vela
Servicios de Cirugía Pediátrica y Urología*. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: La litiasis coraliforme se presenta en menos del 20% de los pacientes pediátricos con litiasis renal. En adultos el tratamiento generalmente es una combinación de nefrolitotomía extracorpórea y Litotricia Extracorpórea de Ondas de Choque (LEOC), o bien cirugía abierta convencional; no recomendándose la LEOC como tratamiento único por su bajo porcentaje de curación y sus complicaciones. Sin embargo, se han demostrado mayores índices de curación con LEOC en pacientes pediátricos. El manejo de la litiasis coraliforme en niños continúa siendo controvertida, así como la colocación de doble J ureterales profilácticos durante el tratamiento. **Casos clínicos:** Presentamos los casos clínicos de dos pacientes tratados durante los últimos dos años únicamente con LEOC con DORNIER MFL 5000.

Caso 1: Paciente varón de 10 años con historia desconocida (inmigrante saharahui) pero con antecedentes de cólicos nefríticos. Remitido a nuestra consulta tras el hallazgo ocasional de litiasis renal. Las pruebas de imagen evidenciaron litiasis coraliforme incompleta izquierda y ausencia de otras anomalías urológicas asociadas. La gammagrafía renal (DMSA) muestra hipofunción del riñón izquierdo (RI) con una función renal diferencial (FRD) de 42%. Tras colocación de doble J ureteral fue sometido a 3 sesiones de LEOC con anestesia general en el período de 5 meses. El número de ondas osciló entre 2500 y 3000 por sesión, con un total de 8500 ondas, y una potencia máxima de 14 kV, realizándose protección periférica. Las pruebas de imagen mostraron desaparición de los cálculos y mantenimiento de la FRD en el DMSA.

Caso 2: Paciente varón de 12 años remitido a nuestra consulta por ITUs de repetición. Las pruebas de imagen mostraron litiasis coraliforme bilateral con hipofunción de RD y nefropatía polar izquierda FRD: RD 28%, RI 72%, sin otras anomalías asociadas. Se realizó colocación de doble J en ambos uréteres. Preciso 2 sesiones de LEOC en RD con un total de 6500 ondas y una potencia máxima de 14 kV. El riñón izquierdo precisó 5 sesiones de LEOC con un total de 14000 ondas a igual potencia. Tras las sesiones que se prolongaron por 10 meses se demostró ausencia de litiasis y se realizó retirada de doble J. El DMSA de control mostró una FRD: RD 33% y RI 67%.

Conclusiones: Los pacientes pediátricos con litiasis coraliforme pueden ser tratados con LEOC monoterápico con buenos resultados. El menor volumen corporal de los niños, que proporciona mayor transmisión de las ondas de choque, asociado a la mayor fragilidad de sus cálculos, los hace más sensible a LEOC que los adultos. La colocación de dobles J ureterales durante el tratamiento previene la aparición de complicaciones obstructivas. Los pacientes tratados con LEOC requieren un estricto seguimiento de la función renal.

PÓLIPO INTRAVESICAL: UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE OBSTRUCCIÓN URINARIA

Royo, Y, Pueyo C, Maldonado J, Carrasco R, Bardají C, Raventós A*

Servicios de Cirugía Pediátrica y Anatomía Patológica*. Hospital Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Los pólipos fibroepiteliales del tracto urinario son tumoraciones benignas, poco frecuentes, que pueden manifestarse con hematuria, infección u obstrucción urinaria.

La mayoría se localizan a nivel uretral, aunque también se han descrito de forma excepcional en vejiga o uréter.

Caso clínico. Presentamos un niño de 2 a que debutó con un cuadro de dolor abdominal, disuria, hematuria macroscópica y episodios intermitentes de retención urinaria de 5 días de evolución. A su llegada a urgencias, presentaba gran irritabilidad y un importante globo vesical. Se realizó ecografía abdominal en la que se halló una masa intravesical de 2 x 1,5 cm, redondeada y bien delimitada. La sintomatología se alivió tras sondaje vesical. Posteriormente se practicó cistoscopia, encontrando un pólipo pediculado en cuello vesical. Se tomó biopsia que informó de pólipo fibroepitelial, por lo que se decidió su extirpación quirúrgica. Desde entonces el niño ha permanecido asintomático.

Comentarios. A pesar de su rareza, el pólipo fibroepitelial vesical se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial ante un cuadro de obstrucción urinaria aguda. La polipectomía resuelve el cuadro clínico.

SÍNDROME DE PROTEUS: UNA ENTIDAD CON MUCHAS CARAS DIFERENTES.

J. Prat, FJ. Parri, L. Saura, MA. Sancho, J. Lerena, L. Morales.

Servicio de Cirugía Pediátrica Unidad integrada Hospital Sant-Joan de Déu-Hospital Clínic.
Universitat de Barcelona.

Introducción: El síndrome de Proteus ha sido descrito como tal hace menos de 25 años y sus criterios diagnósticos se han consensuado hace tan sólo 4 años. Se engloba dentro de los desórdenes hamartomatosos. Su gran polimorfismo (nevus cerebroides, gigantismo localizado, lipomas gigantes, lesiones vasculares...) y rareza hacen de él un síndrome poco conocido, con muy pocos casos descritos en nuestro país.

Material y métodos: Presentamos 5 casos de síndrome de Proteus, atendidos en nuestro centro que cumplen los requisitos para el diagnóstico de esta entidad.

Discusión: La etiología de este síndrome es desconocida, aunque recientemente se postula que una mutación en un proto-oncogén que codifica un factor de crecimiento (PTEN) estaría involucrada en su génesis. El tratamiento quirúrgico viene condicionado por la variedad de las lesiones, su distribución parcheada y el carácter progresivo y evolutivo de las mismas hasta el final del crecimiento.

Comentarios: El mayor conocimiento de la entidad permite adaptar las diferentes opciones quirúrgicas (como liposucciones...) a los problemas actuales del paciente, a veces monstruosos, y anticiparnos a los que probablemente desarrollará.

FASCITIS NECROTIZANTE POSTVARICELOSA

MJ Garcia, F Parri, MA Sancho, F Torner, L Morales

Servicio cirugía pediátrica. Unidad integrada Hospital Sant Joan de Déu - Clínic

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección poco frecuente de partes blandas originada por bacterias virulentas que producen toxinas. Se caracteriza por afectar fascias, tejido subcutáneo y estructuras vasculonerviosas llegando a producir necrosis. En extremidades presenta síndrome compartimental. Pese al tratamiento quirúrgico, presenta una mortalidad entre el 30 – 50 %. Es una urgencia real. El tratamiento quirúrgico precoz disminuye la mortalidad. Hay que practicar un desbridamiento quirúrgico agresivo vs amputación; es el único tratamiento eficaz, quedando grandes secuelas estéticas.

Caso clínico; Niña de 3,5 años de edad que presenta fiebre de 24 horas de evolución, síndrome tóxico y varicela. Se aprecia lesiones cutáneas varicelosas de 3 – 4 días de evolución y tumefacción muy importante de la extremidad superior derecha, que se prolonga a cuello y provoca síndrome compartimental del brazo. Leucocitosis + PCR 293 + CPK 2601.

Se practica incisión de descarga con fasciotomía braquio – antebraquial. Cultivo positivo a Streptococo Pyogenes

La evolución es favorable con remisión de la sintomatología. El cierre por segunda intención de la incisión se consigue mediante injerto cutáneo fino. La evolución es satisfactoria con secuelas estéticas moderadas.

Comentario: La sospecha clínica, la actuación agresiva inmediata y el seguimiento realizado han dado una evolución satisfactoria a un proceso de gravedad alta.

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA EN UN RECIÉN NACIDO POR QUISTE GIGANTE DEL CANAL TIROGLOSO

Morgado H, Correia Pinto J, Monteiro J, Campos M

Servicio de Cirugía Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital S. João, Porto, Portugal

El quisto del canal tirogloso se presenta habitualmente como una masa cervical ya existente, que se vuelve sintomática cuando inflamada.

Se presenta un caso de diagnóstico prenatal de masa cervical gigante. El paciente necesitó de intubación endo-traqueal inmediatamente post-parto, por compresión y desvío de la vía aérea. La RMN efectuada después del nacimiento demostró una gran lesión quística en la región cervical derecha, prolongándose desde la región supra-aórtica hasta la base del cráneo, con 59x53x41mm, empujando la carótida derecha, el esófago y la traquea para la izquierda, con un septo y sin componente sólido.

El valor de alfa-fetoproteína fue de 98356.97 ng/mL, y de gonadotrofina coriónica humana de 18.04 mIU/mL (valor normal, menor que 10 mIU/mL).

Fue propuesto para cirugía con el diagnóstico probable de linfangioma quístico o teratoma quístico. Se efectuó la escisión completa de la masa.

El examen anatómico-patológico mostró que se trataba de un quiste del canal tirogloso.

El post-operatario discurrió sin problemas de mayor. Después de siete meses el paciente se encuentra bien, sin señal de recurrencia.

El diagnóstico y tratamiento de los tumores cervicales congénitos pueden ser un difícil desafío.

Esta forma rara de presentación clínica y radiológica de una patología común -el quiste del canal tirogloso- es muy similar a la de otras masas cervicales, tales como el teratoma quístico o el linfangioma quístico. A pesar del estudio radiológico y laboratorial hecho en este paciente, no logramos hacer el diagnóstico pre-operatario

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL NEONATAL INTERMITENTE CAUSADA POR DUPLICACIÓN CECAL QUÍSTICA

Alberto Sánchez-Abuín, Iván Somoza, Jorge Liras, Roberto Méndez, Manuel G. Tellado, Ernesto Pais, Diego Vela

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña

Introducción: Las duplicaciones intestinales quísticas son anomalías congénitas muy poco frecuentes. Su localización anatómica en el ciego es muy rara con 19 casos publicados en la literatura. La obstrucción intermitente es una forma poco frecuente de presentación.

Caso clínico: Presentamos el caso de un neonato de 28 días que presenta cuadro de vómitos de 10 días de evolución, biliosos desde 24 h antes. Masa palpable en área paraumbilical derecha. Ingreso de 7 días previo a cirugía durante los cuales presento varios cuadros obstructivos con resolución clínica.

ECO abdominal: Masa quística en región paraumbilical derecha de pared gruesa y contenido líquido, posiblemente a nivel duodenal.

Gammagrafía ^{99m}Tc pertecnetato: Se evidencia normal distribución del trazador a nivel abdominal. No hay acúmulos patológicos de tecnecio entre estómago y vejiga que sugieran mucosa gástrica ectópica.

TAC abdominal: Lesión quística de 3.3 x 3 cm de pared gruesa en localización subhepática que contacta con colon ascendente y un asa de intestino delgado (yeyuno distal-ileon) compatible con duplicidad intestinal. Durante intervención se objetiva duplicidad intestinal a nivel cecal, y divertículo de Méckel a 35 cm de válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal a nivel ileocecal. Se realiza posterior anastomosis ileo-cólica termino-terminal. Se realiza resección de divertículo, con anastomosis ileo-ileal termino-terminal.

Anatomía patológica: Macro: En relación con válvula ileocecal existe una formación quística con un diámetro máximo de 2,5 cm que da acceso a una luz ciega con orificio de entrada de 1,2 cm.

Micro: La formación quística a nivel de la válvula ileocecal muestra una pared que aparece tapizada por una mucosa de tipo gástrica con frecuentes glándulas de tipo antral y su pared mostrando doble capa muscular.

Conclusiones: Las duplicaciones intestinales son malformaciones congénitas de muy baja incidencia. Suelen manifestarse en etapa neonatal con cuadros de obstrucción intestinal o sangrado. Suelen presentar la pared tapizada de mucosa gástrica ectópica detectable por gammagrafía. La obstrucción intermitente es una forma de presentación poco frecuente.

ENFERMEDADES INUSUALES EN NIÑOS INMIGRANTES

Pisón J, González J, Fernández MS, Lillo M, Ruiz R, Escudero M, Pérez A

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: El incremento de la inmigración de familias procedentes de países poco desarrollados, está suponiendo la aparición de formas excepcionales de enfermedades con escasa incidencia en nuestro medio habitual, y de las que el cirujano Pediátrico debe conocer para su correcto manejo.

Caso Clínico: Niño de 7 años de edad procedente de Rumania, que ingresa en nuestro centro con cuadro clínico de fiebre mantenida durante 2 semanas, astenia, anorexia, pérdida de peso y distensión abdominal. La exploración física pone de manifiesto, afectación del estado general, ascitis severa, auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos y fiebre de 39 °C. En la R-X de tórax no se aprecian hallazgos patológicos. La ecografía abdominal demuestra importante ascitis, ausencia de hepatoesplenomegalia y vía biliar normal sin masas intra o retroperitoneales. En el T.A.C toracoabdominal se aprecia derrame pleural derecho, sin afectación mediastínica ni pulmonar, ascitis y asas centradas con edema de pared.

La analítica y serología realizadas no aportan datos relevantes. Mantoux (-). Ecocardiograma: Presencia de lesión vegetante en válvula mitral. Paracentesis: Líquido claro cetrino. Exudado con cultivo microbiológico para aerobios y anaerobios (-).

Adenosindeaminasa: 42 U/ml.

Ante los hallazgos descritos se decide la exploración laparoscópica: Siembra miliar peritoneal parietal y visceral con peritonitis fibroadhesiva. Asas inflamatorias y adheridas entre sí. Biopsias peritoneales: Granulomas epitelioides con células de Langerhans.

Se comienza tratamiento específico para tuberculosis extrapulmonar.

Conclusiones: En los casos de tuberculosis extrapulmonar con afectación fundamentalmente abdominal, la laparoscopia es la exploración con mayor rentabilidad diagnóstica.

El interés de este caso es alertar a nuestra sociedad de la cada vez más frecuente aparición de enfermedades poco comunes entre la población infantil española y que el fenómeno de la inmigración está poniendo de actualidad.

QUISTE TESTICULAR SIMPLE BILATERAL

Morgado H, Campos M

Servicio de Cirugía Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital S. João, Porto, Portugal

Tema : General

Los quistes testiculares simples son lesiones extremadamente raras.

Presentamos el caso de un niño de 8 meses de edad, con quiste testicular simple bilateralmente. En nuestro conocimiento, este es el primero caso de quistes bilaterales en edad pediátrica reportado.

Se trató de un niño que acudió al servicio de urgencia por aumento del volumen escrotal izquierdo. Presentaba testículo izquierdo aumentado de volumen, de contorno regular, consistencia elástica e indoloro. Efectuada Ecografía se demostró la existencia de quiste testicular simple bilateralmente.

Fue sometido a cirugía y se efectuó “unroofing” de los 2 quistes. El post-operatorio decorrió sin complicaciones. Un año después el paciente se encuentra bien, sin señal de recurrencia y con desarrollo normal de los testículos.

Aunque muy raros, los quistes testiculares simples deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de masa testicular. Su diagnóstico puede ser hecho por ecografía y su tratamiento consiste en la escisión o “unroofing” del quiste, debiendo evitarse la orquidectomía.

Plexosarcoma como causa de atresia intestinal

Torres Aguirre A, Fernández Pineda I, Moya Jimenez MJ, García Vallés C, López Alonso M, Borrero Fernández J

Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío . Sevilla

Tema : Oncología

INTRODUCCIÓN

Los tumores estromales del tracto gastrointestinal (TEG) se diferenciaban hacia músculo liso o hacia células de Schwann. El tumor autonómico gastrointestinal (TAG) es una categoría recientemente descrita de TEG, que parece relacionado a las células del plexo autónomo mientérico. La mayoría de los trabajos describen a los TAG como lesiones únicas o múltiples, ubicadas en esófago, estómago, intestino delgado, mesenterio, o retroperitoneo.

CASO CLINICO

Paciente varón de dos días de vida que ingresa por sospecha de obstrucción intestinal. Fruto de 1ª gestación de 36 semanas y 2370 gramos de peso

Antecedentes familiares: madre afecta de enfermedad celiaca

Antecedentes personales: ecografía prenatal: dilatación de asas.

Presenta cuadro de vómitos desde las 36 horas de vida, no meconio

A la exploración al ingreso: buen estado general, palidez, subictericia, desnutrición con pérdida del 12% de peso. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Sistema nervioso normal. Hemiabdomen superior derecho distendido y timpánico; resto normal.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, enzimas hepáticas normales. Radiografía de tórax normal. Radiografía de abdomen: cámara gástrica, silencio abdominal. Con el diagnóstico de atresia intestinal se decide intervención quirúrgica: Laparotomía en la que se visualiza tumoración de 2x3 cms en asa yeyunal con bolsón proximal y un yeyuno distal de menor diámetro. Se realiza extirpación del tumor y remodelación según técnica de Howard con anastomosis termino-terminal. Se envía a anatomía patológica el tumor extirpado para su estudio. El resultado fue tumor intestinal de células fusiformes, enolasa neuroespecífica y neurofilamentos positivos. Tumor de células intersticiales de Cajal, de grado medio de malignidad (plexosarcoma). Ante este diagnóstico se practica TAC de tórax y abdomen, mapa óseo, proteinograma y VSG siendo todo normal. El postoperatorio cursó sin incidencias.

CONCLUSIONES

El plexosarcoma es un tumor de reciente descripción, agresivo, más frecuente en la edad adulta aunque de peor pronóstico.

El tratamiento es la resección quirúrgica que es curativa dejando la quimioterapia para el tumor residual o recurrente.

Rabdomiosarcoma vias biliares

Moya Jimenez MJ, Fernández Pineda I, Torres Aguirre A, Cabello Laureano R, García Vallés C, Borrero Fernández J.

Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío . Sevilla

Tema : Oncología

INTRODUCCION

El rabdomiosarcoma (RMS) es el tumor de vía biliar más frecuente en niños. Representan el 1% de todos los RMS y el 0.04 % de todos los tipos de cáncer. Los síntomas de presentación más frecuentes son dolor abdominal, fiebre e ictericia, clínica similar al quiste de colédoco. Típicamente, se identifica afección metastásica diseminada en el momento del diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años de edad que comienza con dolor abdominal, distensión, febrícula e ictericia de 3-4 semanas de evolución. Heces acólicas y orinas colúricas. A la exploración: buen estado general , abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, ni adenopatías periféricas. Se le practica ecografía abdominal, TAC y colangiografía siendo sugestivas de quiste de colédoco, con este diagnóstico se interviene. Se practica laparotomía descubriéndose una masa a nivel de duodenopáncreas que no impresiona de quiste de colédoco. Se realiza una biopsia intraoperatoria de la masa que viene informada como neoplasia de células pequeñas pudiendo corresponder a un linfoma o a un rabdomiosarcoma, como finalmente resultó ser. Este primer acto quirúrgico termina aquí, no sin antes colocar un reservorio intravenoso subcutáneo para quimioterapia. Se inicia tratamiento antineoplásico

Una vez finalizado el tratamiento quimioterápico se practica TAC y colangiografía que informan de persistencia del tumor dentro del colédoco. Ante esto, se practica nueva intervención en la que se explora el colédoco y se toman biopsias intraoperatorias del mismo que son informadas como libres de tumor. Se realiza hepatoduodenostomía en Y de Roux.

CONCLUSIONES

La ictericia obstructiva de origen maligno, aunque infrecuente, puede ser causada por muchos tipos de tumores entre ellos el más frecuente es el RMS. Una adecuada técnica de TAC y colangiografía es fundamental para el diagnóstico diferencial entre el rabdomiosarcoma y el quiste de colédoco.

TRATAMIENTO DE UN SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR ASINTOMÁTICO GRACIAS AL DIAGNÓSTICO PRENATAL.

Pueyo C, Royo Y, Maldonado J, Carrasco R, Bardají C

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Joan XXIII. Tarragona. España.

Tema : General

Introducción: El secuestro pulmonar intralobar es una malformación poco frecuente que se define como una masa de tejido pulmonar no funcional, que no comunica de forma normal con el árbol traqueobronquial e irrigada por una arteria sistémica anómala, generalmente procedente de la aorta. Clásicamente, la manifestación clínica habitual ha sido la infección respiratoria de repetición, llegando al diagnóstico definitivo mediante la demostración de la vascularización arterial anómala, aunque en la actualidad cada vez es más frecuente su diagnóstico prenatal.

Caso clínico: Presentamos un niño de 14 meses con diagnóstico prenatal por ecografía y RNM fetal de malformación pulmonar con vascularización anómala. Tras el nacimiento el niño se mantuvo clínicamente asintomático. Para confirmar el diagnóstico prenatal se realizó angiografía donde se confirmó la existencia de un gran vaso procedente de aorta abdominal que irrigaba el segmento posterior del lóbulo inferior derecho, compatible con secuestro pulmonar intralobar. A pesar de permanecer sin clínica y para evitar complicaciones posteriores se decidió realizar intervención quirúrgica en la que se practicó la ligadura y sección de un gran tronco arterial de origen subdiafragmático, junto a la resección de un segmento pulmonar basal derecho hipervascularizado.

Comentarios: La ecografía y RNM prenatales son dos herramientas de gran utilidad en la detección precoz de las malformaciones pulmonares, como es el caso del secuestro pulmonar, llegando a su diagnóstico antes de la aparición de manifestaciones clínicas. De esta manera se puede plantear un tratamiento quirúrgico precoz, evitando así el desarrollo de complicaciones respiratorias.

OSTEOMIELITIS MANDIBULAR DE ORIGEN DENTARIO EN LA INFANCIA

Sastre J*, González B **, Berenguer B**, Rodríguez P**, Enríquez de Salamanca J**

* Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario de “La Princesa” Universidad Autónoma de Madrid. ** Servicio de Cirugía Plástica Pediátrica, Hospital Infantil “Niño Jesús” Universidad Autónoma de Madrid.

Tema : Otros

Introducción: La osteomielitis mandibular infantil es una entidad poco frecuente, que merece una mención especial por las serias secuelas, tanto funcionales como estéticas, que puede provocar sobre el esqueleto facial. En la era preantibiótica el índice de mortalidad alcanzaba el 30%. Presentamos un caso poco frecuente de osteomielitis mandibular en la edad infantil, así como la secuencia de tratamiento.

Material y Método: Varón de 15 años, de raza negra, natural de Guinea Ecuatorial y antecedentes personales desconocidos, remitido por tumoración hemifacial izquierda y fistula a nivel de ángulo mandibular izquierdo de largo tiempo de evolución, sin fiebre termometrada, con disfagia sin odinofagia. A la exploración presentaba limitación importante de la apertura oral, aumento de partes blandas de la región paramandibular y hemifacial izquierda, no dolorosa a la palpación, fístula cutánea con drenaje de material purulento en región de ángulo mandibular y adenopatías en región submaxilar izquierdos. Múltiples caries y aumento de volumen del surco vestibular mandibular izquierdo, Cinco meses antes presentó infección odontógena, que fue manejada con antibioterapia y exodoncias. Los parámetros de laboratorio no demostraron alteraciones salvo infestación por *Entamoeba coli* y *Trichuris trichiura*, con un Mantoux de 15 mm. Las pruebas de imagen demostraron afectación de la región del ángulo y rama mandibular izquierda. Se practicó biopsia abierta de la tumoración, obteniendo positividad en el crecimiento de gérmenes saprófitos orales. Con diagnóstico de osteomielitis mandibular de origen odontogénico el paciente fue sometido a desbridamiento quirúrgico intra-extraoral y antibioterapia sistémica.

Resultados: el postoperatorio cursó sin incidentes, con una apertura interincisal de 28 mm. El paciente siguió tratamiento rehabilitador mediante ejercicios de apertura oral forzada, manteniendo en la actualidad dicha apertura sin evidenciar signos de recidiva del proceso infeccioso.

Conclusiones: la osteomielitis mandibular de origen odontógeno es una entidad poco frecuente que, si bien en la mayoría de las ocasiones responde a tratamiento médico, con menor frecuencia precisa un tratamiento médico-quirúrgico, con drenaje de las colecciones, curetajes óseos y secuestrectomías. La corrección de las secuelas funcionales es mandatoria, comenzando en el postoperatorio inmediato y manteniendo la terapia rehabilitadora durante largo tiempo.

Onfalocele gigante: reconstrucción mediante expansión

Marín Gutzke M, Sánchez Olaso A, Enríquez de Salamanca J, González Meli B, Berenguer B, Rodríguez Urcelay P, Ollero Caprani JM*.

Servicio de Cirugía Plástica. Servicio de Cirugía Pediátrica*. Hospital Niño Jesús. Madrid

Tema : General

Introducción: La reconstrucción de la pared abdominal por malformación, como en casos de onfalocele gigante, debe contemplar los defectos complejos de piel, soporte musculofascial y derecho a domicilio visceral. La expansión combinada cutánea y musculofascial puede constituir una técnica óptima en estos casos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 5 años con diagnóstico de onfalocele gigante (13 cm de diámetro), tratado inicialmente por el Servicio de Cirugía Pediátrica mediante la colocación de una malla de polipropileno y cobertura cutánea local. La paciente desarrolló una intolerancia a la malla, requiriendo varias intervenciones para desbridamiento y cobertura. El estudio de imagen por RMN de la pared demuestra la presencia de ambos rectos en el tercio caudal y su desplazamiento lateral progresivo en los dos tercios cefálicos. El onfalocele incluye la herniación de gran parte del lóbulo hepático izquierdo y la mayoría del derecho. Asocia una malposición del ciego, localizado contralateralmente, junto con un riñón derecho ligeramente mal rotado.

Procedimiento quirúrgico: Se indicó una reconstrucción de pared abdominal mediante expansión tisular intermuscular y subcutánea. En el primer tiempo quirúrgico se realizó el implante de dos expansores rectangulares de 250 ml, entre los músculos oblicuos externo e interno. Además se colocaron dos expansores de forma semilunar de 100 ml, subcutáneos, craneales al límite del onfalocele.

Evolución: Durante la tercera semana postoperatoria se detectó un cuadro de infección localizado en uno de los expansores intermusculares, lo que obligó a su extracción. La expansión de los tres expansores restantes resultó óptima, con un volumen final de expansión de 100 ml en los expansores subcutáneos, y 460 ml en el intermuscular. En un segundo tiempo quirúrgico se realizó la reconstrucción parcial de la pared, desepitelizando la piel en contacto directo con las vísceras, quedando cubierta por la musculatura abdominal expandida. La expansión cutánea permitió sustituir la piel atrófica y las secuelas cicatriciales del onfalocele.

Conclusión: La expansión de la pared abdominal permite una reconstrucción funcional competente y eficiente, con una baja morbilidad, procedimiento basado en el conocimiento de la anatomía de la pared, respetando su vascularización e inervación.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE SIDA POCO FRECUENTE EN NUESTRO ENTORNO Y DE MAYOR FRECUENCIA EN LA POBLACION INMIGRANTE :Moluscos Contagioso Hiperqueratósico gigante.

Dr. Luis Alonso Jimenez* . Dr Froilan Hidalgo Acera*. Dr. Luis De Celis Villasana*, Dr Pablo R. Barca*, Dr Fernando Viñals* Dr. J.M. Garcia* Servicio Cirugía Pediátrica Hospital Universitario de Salamanca* Dr. Francisco Cabrera **

Servicio Oftalmología Hospital insular de Las Palmas de GC..

Tema : Oncología

Introduccion

" En pacientes con inmunodeficiencias, diversas infecciones cutáneas víricas, especialmente las producidas por virus ADN de doble cadena (herpes simple, varicela-zoster, condiloma acuminado y molluscum contagiosum), presentan un aumento de incidencia y un espectro clínico atípico, siendo el Molluscum contagiosum (MC) la enfermedad vírica más frecuente a nivel palpebral. El MC está producido por un poxvirus, y clásicamente era considerado como una enfermedad benigna y autolimitada, aunque en enfermos con SIDA tiende a tener una evolución más agresiva. En los pacientes pediátricos de origen Subsahariano, dado la mayor prevalencia de inmunodeficiencias se dan en edades tempranas y de presentación atípica para nuestro medio.

Material y Métodos

Presentamos cuatro casos de pacientes entre 3 meses y 4 años Mauritanos, que consultan por tumoraciones periparpebrales sin otra sintomatología asociada. Se efectúa exeresis de las mismas, siendo el diagnóstico anatomopatológico de Moluscos Contagioso Hiperqueratósico gigante. En el examen anatomo-patológico, se observa una notable hiperplasia epidérmica de carácter lobulado, con formación de cráteres rellenos de queratina y cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos granulares eosinófilos de Henderson-Patterson. La dermis subyacente no suele mostrar una reacción inflamatoria asociada.

Conclusiones:-

- En pacientes con lesiones palpebrales se debe efectuar diagnóstico de sospecha de inmunodeficiencia, dado que en pacientes con SIDA las lesiones se pueden presentar en cualquier localización, afectando o no el borde libre palpebral, con crecimiento plano, globular o pedunculado.
- Tener pautas de alarma ante este tipo de presentación, dada la significativa presencia de inmigrantes en nuestra población .

Videos

HEMINEFRECTOMIA POR RADIOFRECUENCIA CON SUERO SALINO

Gonzálvez J, Fernández MS, Pisón J, Martínez A.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Tema : Urología

OBJETIVOS: La nefrectomía parcial es un procedimiento complejo tanto en cirugía abierta como laparoscópica y requiere cortar el parénquima renal que, aunque adelgazado en la mayoría de las duplicidades renales, no está exento de riesgo de hemorragia y fuga urinaria. Para minimizar el sangrado de la superficie de corte renal se han descrito múltiples técnicas: clampaje del hilio, torniquetes renales en forma de lazos o clamps, enfriamiento renal, bisturí armónico, coagulación por radiofrecuencia, jet de agua, microondas o láser de diferentes tipos. Presentamos en éste vídeo nuestra experiencia con un nuevo dispositivo que utiliza energía de radiofrecuencia aumentada mediante la instilación continua de suero salino (TissueLink FB3.0™ floating ball, TissueLink Medical, Inc.).

MATERIAL Y METODOS: Realizamos en 3 lactantes de edades comprendidas entre los 3 y 6 meses de edad, heminefroureterectomías por presentar duplicidades del tracto urinario sintomáticas, con anulación funcional del hemirriñón polar (dos ureteroceles, una ectopia ureteral). La precoagulación del tejido renal que proporciona el TissueLink Floating ball previo a la transección del parénquima renal permite la ejecución de heminefrectomías rápidas, controladas y exangües.

RESULTADOS: No hubo complicaciones intra ni postoperatorias, tales como hemorragia renal, hematomas retroperitoneales o abscesos. Ningún paciente requirió drenaje de la celda renal en el postoperatorio, siendo dados de alta a las 24 horas del procedimiento quirúrgico.

CONCLUSIONES: La infusión continua de suero salino del TissueLink FB3.0™ floating ball coagula y enfría el tejido de corte, manteniendo la temperatura tisular inferior a los 100°C, lo que impide la quemadura tisular y la formación de escaras, efectos secundarios del electrobisturí convencional que puede causar hemorragia tardía del parénquima renal. Esta técnica proporciona una hemostasia segura tanto en heminefrectomías abiertas como laparoscópicas, así como en resecciones parciales renales

APENDICECTOMÍA TRANSUMBILICAL: PRESENTACIÓN DE NUESTRA TÉCNICA

A Pérez Martínez, J Conde Cortés, MA Martínez Bermejo, L Bento Bravo.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra

Tema : Laparoscopia

Introducción:

La indicación del tratamiento de la apendicitis aguda por laparoscopia continúa en discusión. Sus detractores argumentan el alto coste de la técnica y el tiempo quirúrgico prolongado que supone. En nuestro servicio iniciamos una técnica de apendicectomía transumbilical con apoyo laparoscópico que reúne las ventajas del abordaje endoscópico con las de la cirugía convencional.

Material y método:

Mediante una incisión infra-periumbilical introducimos un laparoscopio de 10 mm con canal de trabajo de 5 mm en cavidad peritoneal. Identificamos el apéndice cecal que se pinza en su extremo distal y se exterioriza por la incisión umbilical. Se realiza entonces una apendicectomía reglada convencional extraabdominal. Finalizada esta, se reintroduce el ciego en abdomen, procediendo a limpiar la cavidad peritoneal si es preciso y a comprobar la hemostasia del meso apéndice. En aquellos casos en los que existe un ciego fijo o un apéndice difícil de liberar, introducimos un segundo trócar de 5mm en hipogastrio o fosa ilíaca derecha para liberarlo y conseguir la suficiente movilidad. Excepcionalmente cuando no puede movilizarse el ciego adecuadamente se realiza la apendicectomía laparoscópica convencional o se reconvierte.

Conclusiones:

De acuerdo a esta técnica, se consigue la apendicectomía con un resultado estético óptimo (una única incisión), un tiempo quirúrgico reducido y con un bajo coste en material fungible.

Un estudio prospectivo en curso comparará los resultados de esta técnica con los de la apendicectomía convencional en nuestro hospital.

APENDICOSTOMÍA CONTINENTE PARA ENEMA ANTERÓGRADO. TÉCNICA DE MALONE LAPAROSCÓPICA.

A Pérez Martínez, MA Martínez Bermejo, J Conde Cortés, L Bento Bravo

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Tema : Laparoscopia

Introducción:

La cecoapendicostomía continente fue descrita por Malone en 1990 para la administración de enemas anterógrados en estreñimientos severos asociados a una gran variedad de diagnósticos (espina bífida, agenesia sacra, estreñimiento crónico idiopático, aganglionismo, displasias neurointestinales, etc). La selección de los pacientes debe ser muy meticulosa y restrictiva, dejando esta técnica a enfermos intratables por otros métodos y como paso previo a una colostomía.

Caso Clínico:

Presentamos el caso de un enfermo de 14 años, afecto de una cromosomopatía, con retraso psicomotor profundo y estreñimiento crónico severo. No aceptaba medicación por vía oral y en el último año, su fuerza física, impedía administrar enemas de limpieza, por lo que cada 15 días necesitaba un vaciamiento rectal manual bajo anestesia general. En estas circunstancias se decidió realizar la apendicostomía.

Método:

Mediante una laparoscopia con cuatro trócares se construyó una cecoplastia de 5 cm de longitud alrededor del apéndice con sutura irreabsorbible. El apéndice se exteriorizó por el puerto de la fosa ilíaca derecha y se realizó una cecopexia a pared anterior para evitar la volvulación del ciego. Se mantuvo sondada la apendicostomía durante 15 días antes de iniciar el programa de enemas. El paciente fue dado de alta al cuarto día de postoperatorio.

El sondaje del estoma se realiza sin dolor y con facilidad por la familia. La continencia es perfecta.

El aspecto estético y funcional a los 8 meses de la intervención es bueno.

Conclusiones:

La técnica laparoscópica de apendicostomía continente que presentamos es sencilla y en nuestro caso tuvo muy buenos resultados. Creemos que, a pesar de ello, sus indicaciones deben ser muy restringidas.

**ABORDAJE LAPAROSCOPICO EXTRAVESICAL EN EL REFLUJO VESICO-URETERAL.
REPORTE PRELIMINAR.**

Riquelme M, Rodriguez C, Lozano F.

Hospital San Jose Tec de Monterrey Monterrey N.L. Mexico

Tema : Laparoscopia

INTRODUCCIÓN.- Tradicionalmente las técnicas quirúrgicas empleadas en la corrección del reflujo han sido abiertas, y de ellas las intravesicales como el Cohen sigue siendo la más practicada en todo el mundo. Se presenta la técnica empleada en la corrección del reflujo vesico-ureteral primario mediante abordaje laparoscópico extravesical.

MATERIAL Y METODO.- Se practica corrección del reflujo vesico-ureteral primario en 11 pacientes y 15 unidades con reflujo grado II y III utilizando un abordaje laparoscópico extravesical. Las edades fueron de 2-5 años. Para el abordaje se utilizaron tres trocárs de 5 mm. Se disecan los últimos tres cms del uretero afectado hasta su inserción con la vejiga, se corta lateralmente el músculo de la vejiga dejando intacta la mucosa para posteriormente sepultar el uretero entre el detrusor en una longitud de 1.5 cms.

No se dejaron ferulados los ureteres, ni sonda de cistostomía. Los pacientes se externaron en las siguientes 48 hs.

RESULTADOS.- En todos los pacientes se pudo corregir el reflujo vesicoureteral lo cual se corroboró por medio de un cistograma miccional transoperatorio inmediato. No se presentó hematuria importante en el postoperatorio. El seguimiento ha sido a 2 años.

DISCUSIÓN.- El abordaje laparoscópico del reflujo demostró ser una técnica eficaz en la corrección del reflujo vesico-ureteral.

UN NUEVO CONCEPTO EN EL CIERRE Y COBERTURA DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS

Jesus Broto, Jose Maria Gil Vernet, Juan Carlos Martin.

Hospital Materno infantil Valle de Hebron. Hospital Sagrado Corazon

Tema : Experimental

Introducción.-

Las heridas quirúrgicas se han suturado tradicionalmente con los materiales propios de la tecnología de cada época. El empleo de productos naturales, crin de caballo, fibras vegetales, algodón, lino, seda, agrafes, ha sido una constante en el cierre de las heridas prácticamente hasta los albores del siglo XX.

La aparición de sustancias reabsorbibles como el catgut, mejoraron sensiblemente los resultados, al tener menor reactividad tisular que los productos citados.

Una nueva generación de productos de síntesis, reabsorbibles y no reabsorbibles, trenzados o monofilamentos han aparecido en los últimos 25 años con el denominador común de reactividad tisular baja y por tanto mejor tolerancia.

Material y Metodo.-

Los autores en el presente video muestran un nuevo sistema de cierre de heridas quirúrgicas empleando una combinación de 2 productos de síntesis que por sus características de tolerancia y propiedades físicas los hacen idóneos para ese menester.

Se trata de un monofilamento reabsorbible, poliglicaprone y un monómero adhesivo de fraguado rápido el cianoacrilato que permiten el cierre e impermeabilización de las heridas quirúrgicas. El monofilamento permite su empleo en todos los planos quirúrgicos hasta el cierre de piel en forma de intradérmica, cubriendo la incisión ya cerrada con el monómero adhesivo, seccionando los cabos del hilo a ras de piel y dejando la herida quirúrgica sin ningún tipo de apósito.

Comentarios.-

En los últimos 4 años hemos empleado este procedimiento en el cierre de prácticamente la totalidad de nuestras intervenciones por las ventajas que aporta. Un solo tipo de material sirve para todos los planos, no precisa retirada de los puntos, cubre e impermeabiliza la herida evitando apósitos, permite la observación permanente de la misma al ser transparente, y puede mojarse desde el primer momento. No se ha observado ninguna modificación en los índices de infecciones postquirúrgicas de las heridas. La tolerancia tisular es muy buena así como el resultado estético. El producto de cobertura se desprende espontáneamente en forma de pequeñas escamas a partir del 6º día.

NEFRECTOMÍA POR RETROPERITONEOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL RIÑÓN MULTIQUÍSTICO

Pais E, Vela D, Somoza I, Liras J, Abuin A, Tellado M, Méndez R

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña

Tema : Urología

Introducción y objetivos:

Los riñones multiquisticos no resecados tienen una regresión en el seguimiento ecográfico del 23 al 50% según las series encontradas en la literatura. En nuestra experiencia en los últimos 5 años sobre retroperitoneoscopia para casos en los que se había confirmado la desaparición ecográfica del riñón multiquistico, el blastema renal displásico persistía en fosa renal. Presentamos un vídeo en el que se aprecian las características técnicas de la retroperitoneoscopia sobre este tipo de pacientes.

Material y Métodos:

Se realizaron 4 nefrectomías por retroperitoneoscopia en 4 pacientes pediátricos. Un caso precisó reconversión por la localización infradiaphragmática del riñón con grandes dificultades técnicas para la extracción. Se emplearon 3 trocares (2 de 5 cms y 1 de 10 cms) en el retroperitoneo y el bisturí armónico para la disección del hilio renal. El blastema renal se extrajo por el orificio del trocar de 10 cms.

Resultados:

No se registraron complicaciones inherentes al procedimiento. Un caso precisó reconversión. El tiempo medio de ingreso postoperatorio fueron 48 horas. El seguimiento tras la intervención ha sido de 6 meses a 2.5 años.

Conclusiones:

La retroperitoneoscopia para el tratamiento de la patología renal ha modificado sustancialmente el enfoque de las lesiones multiquisticas. Es posible que el blastema renal displásico no desaparezca en estos pacientes pese a su ausencia ecográfica. El desarrollo de patología oncológica sobre este blastema es siempre posible.

QUISTE PERICÁRDICO CON VENTANA A MIOCARDIO.TORACOSCÒPIA

J. Bregante, JF Mulet, A Femenia, F Garcia-Algas

Hospital Universitario Son Dureta. Servicio de Cirugía Pediátrica

Tema : Laparoscopia

Introducción: El quiste pericárdico es una patología poco frecuente en edad pediátrica.

Presentamos el video de la toracoscopia realizada para la exéresis de uno de estos quistes asociado a una ventana pericardio-miocardio, con excelente resultado a los 11 meses de seguimiento.

Material y Método: Niño de 22 meses que por cuadro de tos y moco es sometido a estudio. Sin antecedentes de interés. La RX de torax muestra cardiomegalia y hallazgos propios de Neumonía; borramiento de la silueta cardíaca por lo que se profundiza el estudio. ECO DOPPLER: Masa quística (36 x 18) adyacente a pared de ventrículo izquierdo. TAC: confirma la masa quística que sugiere el diagnóstico. Serologías, Marcadores, etc.: normales. A los tres meses se comprueba crecimiento y se decide intervención. TORACOSCOPIA. 3 trócares de 5 mm, uno en línea axilar media y los otros en triangulación. Comprobación de naturaleza, relaciones y exéresis de la membrana del quiste, que muestra al abrirla, una ventana peri-miocárdica. Sutura de ventana y plegado de bordes de la pared. Aspiración de torax: 24 horas. Alta a los 3 días de la intervención. Controles sucesivos: Normales. A.-P.: Quiste Mesotelial Pericárdico.

Discusión: El QP es una entidad rara en niños. Descubierta casualment en la mayoría de los 20 casos publicados en menores de 18 años. Se descubre más frecuentemente en adultos a partir de los 30 años. Los síntomas que desarrolla son inespecíficos: tos, procesoneumónico y hallazgo, etc.

Comentarios: La toracoscopia se ha demostrado como una técnica útil en cirugía pediátrica. La elección de la misma viene determinada por la selección del paciente, patología del mismo y equipo humano preparado para efectuarla.

QUISTE EPITELIAL GIGANTE DE BAZO: ESPLENECTOMÍA SELECTIVA

M.A. Gómez Culebras; L. Antón Hernández; D. Cortón Lamelas; G. Barrientos Fernández; D. Soriano Benítez De Lugo; M.A. Rihuete Heras; R. Tracchia Becco.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Tema : Oncología

Los quistes esplénicos de origen no parasitario son un hallazgo infrecuente, sobre todo en la edad pediátrica. Dentro de este grupo los gigantes son extraordinariamente raros y escasamente sintomáticos, aunque pueden aumentar considerablemente de tamaño, romperse, producir una hemorragia intraperitoneal o infectarse. Histológicamente se caracterizan por la presencia de epitelio escamoso en la pared del quiste. Otra característica de estos quistes es la elevada concentración sérica de CA 19.9 que ha sido descrita en varios trabajos recientes. Su tratamiento quirúrgico ha sido tradicionalmente la esplenectomía total mediante cirugía laparoscópica para los menores de 5 cm de diámetro y laparotomía para los mayores de 5 cm de diámetro, pues la presencia de restos de la pared del quiste con otras técnicas más conservadoras parece llevar inexorablemente a la recurrencia de la enfermedad.

En el paciente pediátrico, una vez quede garantizada la exéresis completa de la lesión, hemos de perseguir la conservación del bazo como segunda directriz a la hora de realizar el tratamiento quirúrgico.

Presentamos el diagnóstico, mediante métodos tradicionales como la Rx simple de tórax y abdomen y la ecografía y métodos más sofisticados como la presencia de elevación del Ca 19.9 cinco veces por encima de su valor normal, y la tomografía axial computadorizada. Se muestra un quiste epitelial gigante de bazo con más de 20 x 16 x 14 cm de diámetro en una paciente de 12 años de edad.

Asimismo destacamos el manejo quirúrgico de la lesión mediante quistectomía completa y esplenectomía selectiva conservadora, tratando el pedículo esplénico y conservando el polo inferior del bazo. Se presenta la metodología seguida para pejar el bazo residual con objeto de evitar torsiones del pedículo esplénico con la trombosis subsecuente.

Por último se muestran los resultados postoperatorios mediante hematimetría (negativización de marcadores tumorales) y gammagrafía esplénica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FISTULA TIROIDEA PIRIFORME

Gutierrez C, Roca A, Esteban M.J., Garcia Khun R, Hernandez E, Ayuso L

Hospital materno-Infantil "La Fe" Valencia

Tema : General

Introducción

La fístula del seno piriforme (FSP) ocasiona un proceso infeccioso cervical muy poco frecuente y a menudo con dificultades diagnósticas y terapéuticas. Presentamos el abordaje quirúrgico utilizado en nuestro servicio

Material y métodos:

En nuestro centro se han intervenido 4 niños con FSP, con edades comprendidas entre los 4 y 12 años. Los dos últimos operados por cirujanos pediátricos

Resultados

En todos los casos se presentó una tiroiditis supurativa izquierda. El diagnóstico se confirmó con contraste baritado en exploración dinámica.

Caso 1: No se visualiza la fístula. Evolución favorable

Caso 2: Si se liga y secciona la fístula. Evolución favorable

Caso 3: Si se liga y secciona la fístula. Evolución favorable

Caso 4: No se ve la fístula en la primera intervención, Evolución con 8 episodios de absceso cervical. En la segunda intervención se logra tratar la fístula y la evolución es favorable

Los casos 3 y la segunda intervención del caso 4 fueron operados por nuestro servicio, con la misma técnica

Técnica quirúrgica: Cervicotomía transversa, disección del absceso que afecta al tejido celular subcutáneo que no comunica con el tiroides. Movilización del lóbulo izquierdo tiroideo y localización del trayecto fistuloso desde glándula tiroidea al cartílago tiroideo, atravesándolo hasta el seno piriforme.

El trayecto se disecciona, liga y secciona, cerrando con un punto el orificio cartilaginoso y sellando el defecto con Tissucol.

Conclusiones: La clave es la adecuada movilización del tiroides. Los errores quirúrgicos pueden ser consecuencia de seguir la disección del absceso cervical, ya que este no comunica con la glándula tiroidea.

Creemos que es necesario un cambio en el concepto de esta patología y proponemos la denominación de fístula tiroideo piriforme.

TRACCIÓN ESTERNAL EN LA TÉCNICA DE NUSS

Gutierrez C, Gonzalez J, Roca A, Fernandez M, G^a Khun R, G^a Sala C.

Hospital Materno-Infantil "La Fe" Valencia

Tema : General

Introducción: La técnica mínimamente invasiva para la reparación del pectus Excavatum, (pe) fue presentada por Donal Nuss en 1997. Desde entonces su utilización se ha generalizado y en la actualidad hay miles de enfermos operados en todo el mundo, por ser aceptada por muchos equipos que tratan las malformaciones del tórax.

El procedimiento se basa en conseguir pasar una barra de acero, introducida por 2 pequeñas incisiones, por detrás del esternón, para lograr levantar el hundimiento esternal y corregir eficazmente la malformación. La técnica tiene un punto delicado que consiste en el paso de la pinza guía por el mediastino. El reducido espacio que existe entre el pericardio y el esternón en estos enfermos debe atravesarse . Esta técnica se ha mejorado desde que se utiliza toracoscopia , pero continua el riesgo de perforación cardiaca y pericarditis.

Para poder minimizar ese riesgo, pensamos que si fuéramos capaces de levantar el esternón, aumentaríamos la amplitud del mediastino y se facilitaría el paso de la barra.

Material y método :

En 5 enfermos consecutivos con PE grave (distancia esternal-columna de 2 y 4 cm) con edades comprendidas entre 7 y 18 años, se practicó la Tracción Esternal.

Utilizamos una pinza de tracción ósea diseñada para reducir fracturas de huesos largos (AESCULAP FO1 18 205mmm 8") Una vez introducimos el toracoscopio, se engancha el esternón con la pinza y se tracciona hasta lograr aumentar varios cm con el mediastino, para así permitir el paso de la pinza guiada retroesternalmente. Una de las incisiones cutáneas es aprovechada para añadir un tercer punto de fijación a la barra.

Resultados y conclusiones:

En todos los casos, se logró una mejor visualización del mediastino malformado, sin añadir complicaciones relacionadas con el procedimiento de tracción. Es necesaria mayor experiencia, pero creemos que la tracción esternal puede ser una herramienta útil en la técnica de Nuss.

TRATAMIENTO CON TISSUCOL (R) DE LA FISTULA TRAQUEO ESOFÁGICA RECURRENTE. VALORACIÓN A LARGO PLAZO

Gutierrez C, Roca A, G^a-Sala C, Lluna J, Hernandez E, Vila J.J.

Hospital Materno-Infantil "La Fe" Valencia

Tema : General

Introducción : La broncoscopia neonatal es una herramienta imprescindible para el correcto diagnóstico de las malformaciones de la vía aérea y fundamental en el tratamiento de malformaciones traqueoesofágicas. Es importante la adecuada valoración del árbol traqueal en enfermos con atresia esofágica antes de la intervención , para diagnosticar fístulas del bolsón superior, y tras la reparación por posibles complicaciones como traqueomalacia y recanalización de la fístula que deben ser diagnosticadas.

En 1994 iniciamos el tratamiento endoscópico con adhesivo de fibrina (Tissucol (R)) para la fístula Traqueo Esofágica Recurrente(FTR)

Material y métodos:

Se utilizó broncoscopio rígido neonatal Storz con lente de ficha óptica. El procedimiento se realiza con anestesia general. El Tissucol se administró por un cavafix guiado por el canal de trabajo. En los cinco últimos utilizamos diatermia. En un periodo de 10 años hemos tratado de forma consecutiva 6 pacientes con FTR.

Resultados:

De los 6 enfermos , en el segundo no se logró ocluir la fístula en 3 intentos y fue intervenido. En los 5 enfermos restantes el procedimiento fue efectivo, con un seguimiento de 10 a 2 años en el último de la serie.

Conclusiones :

La broncoscopia neonatal es de gran importancia en el tratamiento de malformaciones traqueo esofágicas. Los resultados a largo plazo del tratamiento con Tissucol (R) nos animan a proponer esta técnica para el tratamiento de la FTR.

OSTEOSÍNTESIS TORÁCICA CON LACTASORB (R)

Gutierrez C, Roca A, G^a Khun R, Segade R, Hernandez E, Ayuso L.

Hospital Materno-Infantil "La Fe" Valencia

Tema : General

Introducción: El tratamiento quirúrgico de las malformaciones quirúrgicas complejas en especial el "pectus carinatum", se ha modificado muy poco desde que Ravitch, hace 60 años, ideara la movilización esternal mediante condrotomías costales. Actualmente muchos equipos siguen la aportación de Sulamaa, que permitía un soporte interno con una barra de acero que atraviesa el esternón. Esta técnica no permite una toracoplastia idónea. La aparición de placas de material biodegradable, nos animó a utilizarlas en estos pacientes.

Material y métodos:

Esta serie inicial consta de 3 pacientes. Una niña de 12 años con condromatosis múltiple familiar que precisó una placa de 10 cms. tras extirpar el tumor costal. Un varón de 13 años con pectus carinatum asimétrico y una niña de 11 años con S. De Polard incompleto y malformación torácica mixta. Se utilizaron placas de Lactosorb® (Acido poliglicólico 82% y Acido Láctico 18%) con una resistencia inicial similar al titanio y degradación progresiva hasta el año.

Resultados:

Todos los enfermos mostraron una adecuada estabilización del tórax tras un seguimiento de 28,18 y 11 meses, respectivamente.

Conclusiones:

El uso de placas de Lactosorb® permite una osteosíntesis esternal idónea al estabilizar el tórax, mejorando el dolor postoperatorio, y no precisan una segunda operación. El Lactosorb cuenta con una amplia experiencia en neurocirugía y maxilofacial, pero no había sido utilizado en cirugía torácica. Los resultados de esta serie inicial precisan confirmarse, ya que esta técnica ofrece interesantes aplicaciones al tratamiento quirúrgico de las malformaciones torácicas.

TÉCNICAS DE TRANSPLANTE INTESTINAL CON DRENAJE VENOSO PORTAL O SISTÉMICO. MODELO EXPERIMENTAL EN RATAS

Hernández F, Zou Y, Martínez L, López Santamaría M, Tovar JA.

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tema : Experimental

INTRODUCCIÓN:

Se han descrito diversos modelos de transplante intestinal en ratas. El drenaje venoso del injerto a la vena cava infrahepática es la técnica más empleada, aunque el drenaje portal es más fisiológico con posibles ventajas para el receptor. El objetivo de esta presentación es mostrar los detalles técnicos de las dos modalidades de transplante y es procedimiento en el donante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se usaron ratas Brown –Norway con un peso de 200-220g. Se mantuvieron en ayunas las 10 horas previas a la cirugía. Los donantes fueron anestesiados con ketamina, midazolam y atropina, mientras que en los receptores se usó éter. Ambos procedimientos se realizaron en condiciones limpias, aunque no estériles. Se filmaron varios procedimientos y se seleccionaron para la presentación video clips del donante, la anastomosis arterial a la aorta infrarrenal y la anastomosis portal a la cava o la porta.

RESULTADOS:

La duración del procedimiento completo fue de 60 minutos. El tiempo medio de clampaje de la anastomosis portal fue de 17 minutos y para la arterial 12 minutos.

CONCLUSIONES:

El transplante de intestino delgado en ratas es un procedimiento difícil. Tanto la intervención en el donante como la del receptor requieren meticulosa atención en los detalles técnicos.

OTOPLASTIA POSTERIOR MINIMAMENTE INVASIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL HELIX VALGUS

Alberto Sánchez-Abuín, Iván Somoza, Jorge Liras, Roberto Méndez, Manuel G. Tellado, Ernesto Pais, Diego Vela

Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". A Coruña

Tema : General

OBJETIVO:

Presentar un simple y rápido método en formato de video para la corrección de las orejas procidentes (Helix valgus) mediante el modelaje anterior minimamente invasivo del cartílago auricular a nivel del antehelix y la plicatura de la concha por vía posterior.

INTRODUCCION:

Desde la clásica descripción de Mustardé (1963) de la otoplastia para orejas procidentes empleando sólo suturas por vía posterior, numerosas modificaciones han sido publicadas con similares resultados. Si bien no existen controversias acerca de la validez del abordaje auricular posterior para la realización de la otoplastia, el remodelaje del cartílago por esta vía se ha mostrado inadecuado en muchos casos debido a la aparición de recidivas. La cicatriz de una incisión anterior para abordar y plicar el antehélix es estéticamente inaceptable.

MATERIAL Y METODOS:

Presentamos 41 otoplastias realizadas en 21 pacientes empleando el procedimiento de abordaje anterior minimamente invasivo. Este consiste en la realización de varias incisiones longitudinales a lo largo del antihelix empleando un bisturí de hoja lanceolada (de timpanotomía) de 2 mm de largo y con 12 cms de largo y 1 mm de diámetro entrando por vía anterior. Una vez realizadas las condrotomías lineales, el modelaje posterior logra una adecuada plicatura del antihelix que se fija con suturas no absorbibles por vía posterior. De la misma forma la concha se sutura a la fascia premastoides. Se reseca un segmento de piel retroauricular de 0.5 cms de ancho y se cierra con monofilamento absorbible intradérmica. El seguimiento ha sido de 6 meses a 4 años (media 18 meses).

RESULTADOS

No hemos observado complicaciones precoces tras la cirugía. La lesión puntiforme anterior era inapreciable a los 15 días de la intervención. En ningún paciente se produjeron cicatrices hipertróficas en la incisión posterior. La corrección de la protusión auricular se consideró estéticamente buena en todos los pacientes. En 1 caso se evidenció hipercorrección auricular. Un paciente presentó una asimetría llamativa en la corrección bilateral.

CONCLUSIONES

Si bien todas las técnicas de corrección de las orejas procidentes deben ser evaluadas en un seguimiento a largo plazo, la consecución de un procedimiento que no produzca cicatrices anteriores y que permita modelar el cartílago por vía anterior es siempre prometedor. Son necesarios controles posteriores para evaluar la efectividad de este abordaje minimamente invasivo.

MATRICECTOMÍA QUÍMICA CON FENOL COMO TRATAMIENTO DE LA ONICOCRIPTOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA

Alberto Sánchez Abuín, Iván Somoza, Jorge Liras, Roberto Méndez, Manuel G. Tellado, Ernesto Pais, Diego Vela

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Tema : General

Antecedentes y Objetivos: Las uñas encarnadas (onicocriptosis) causan en población pediátrica dolor, repercutiendo en el ritmo escolar y son causa frecuente de atención en urgencias.

Existen tratamientos conservadores con alto porcentaje de fracasos, procedimientos intervencionistas (crioterapia) y técnicas quirúrgicas con malos resultados estéticos. Proponemos la matricectomía química con fenol como técnica de elección. Es una técnica simple, barata, rápida, poco dolorosa, con escasas complicaciones, bajo porcentaje de recidivas y excelente resultado estético.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 26 unidades ungueales operadas del año 2001-2003 en nuestro hospital. Seguimiento postoperatorio durante 6 meses.

La técnica consiste en tras anestesia troncular e isquemia con torniquete de goma del dedo afecto, cortar con una cizalla el segmento lateral de la lámina ungueal enclavado, con un ancho de 2 mm. A continuación se efectúan 3 aplicaciones de 1 minuto con hemostetas impregnadas en solución fenol al 89% bajo el pliegue ungueal proximal expuesto. Posteriormente se lava con suero y se venda el dedo con tul graso y povidona pomada, con un buen almohadillado de crepé.

Resultados: Ausencia de complicaciones postquirúrgicas en el 100% de los casos. Incorporación a la vida escolar casi inmediata (1-2 días). Mínima incapacidad funcional. No tenemos constancia de recidivas hasta la fecha. El postoperatorio fue indoloro en el 100% de los casos.

Conclusiones: Consideramos que la matricectomía química con fenol, por su ausencia de complicaciones, por tratarse de un procedimiento fácilmente reproducible, barato, seguro, rápido y por la baja repercusión en el ritmo escolar debe considerarse el tratamiento ambulatorio de elección para el tratamiento de la uña encarnada(onicocriptosis)

TRASPLANTE HEPÁTICO PEDÍATRICO CON TÉCNICA DE SPLIT EX-VIVO

J. Bueno, M. Gómez, J. Aguirrezabalaga, G. Corbal, C. Selles, J. Fraguera, E. Pais, J. Liras, J. Buitrón

CHU Juan Canalejo

Tema : Trasplante

El trasplante hepático según técnica de split consiste en la división de un injerto hepático en 2 porciones y su utilización posterior en receptores diferentes. Permite aumentar el pool de órganos y por tanto el descenso de la mortalidad en lista de espera. La partición se puede realizar in vivo o ex - vivo.

Objetivo: Presentar dicha técnica mediante partición ex - vivo.

Caso clínico: El hígado de un adulto de 33 años y 78 kilos de peso fue enviado desde otro Centro.

El injerto presentaba anomalía anatómica arterial (arteria hepática común de arteria mesentérica superior y rama hepática de gástrica izquierda). La división del hígado se realizó en cirugía de banco, preservando con los segmentos II y III, las venas hepática y porta izquierdas, tronco celiaco con gástrica izquierda y muñón arteria esplénica, arteria hepática izquierda y vía biliar izquierda.

Con el hígado derecho se preservó la arteria hepática común y troncos de la vena porta y vía biliar.

El segmento lateral izquierdo se reservó para una receptora de 8 meses (4.5 kg de peso), de grupo sanguíneo incompatible con atresia de vías biliares post-Kasai y una bilirrubina total de 56 mg/dl.

El hígado derecho se implantó en una adulta de 70 kilos afecta de hepatitis C.

En la receptora pediátrica, tras la hepatectomía en piggy-back y por presentar v. porta muy hipoplásica, se interpuso injerto venoso iliaco en confluencia de venas mesentérica superior y esplénica. También se utilizó injerto de interposición arterial iliaco en aorta supraceliaca. El implante se realiza con anastomosis termino-terminal de vena hepática izquierda del donante a venas hepáticas del receptor, y v. porta a injerto venoso. Tras la revascularización, realizamos la reconstrucción arterial con anastomosis del tronco celiaco que preserva la gástrica izquierda al injerto supraceliaco y la arteria hepática izquierda al muñón de la arteria esplénica. . El tiempo de isquemia frío fue de 9 horas y el de isquemia caliente de 25 minutos. Una hepatico-yeyunostomía del conducto hepático izquierdo a la Y de Roux permitió el drenaje biliar. Se realizó cierre primario de la cavidad abdominal. .

El curso postoperatorio fue tortuoso y complicado con insuficiencia renal, sangrado intrabdominal secundario a trombocitopenia severa por anticuerpos antiplaquetarios que precisó de varias relaparotomías, rechazo, y arteriopatía obliterante tratada con oxígeno hiperbárico.

Tras 2 años del trasplante ambos receptores presentan una función hepática normal

Patrocinadores

PFIZER
ETHICON
BRAUN-DEXON
STÖRZ
ACUÑA-FOMBONA
COLOPLAST
MMS
ENDOSCOPIA MÉDICA
TYCO
NOVARTIS
DRÄGER