

# CIRUGIA PEDIATRICA



Órgano Oficial de la  
Sociedad Española de  
Cirugía Pediátrica

[www.secipe.org](http://www.secipe.org)

Volumen 23

Suplemento 1

Mayo 2010

## JUNTA DIRECTIVA

### PRESIDENTE

L. Bento Bravo

### SECRETARIO

A. Blanco Domínguez

### COMITÉ ASESOR

B. Agra Cadarso

V. Martínez Ibáñez

F.J. Berchi García

L. Morales Fochs

### VICEPRESIDENTE

M. Benavent Gordo

### TESORERO

M. Gutiérrez Dueñas

J. Boix-Ochoa

S. Ruiz Company

I. Claret Corominas†

J.A. Tovar Larrucea

C. García-Sala Víguer

J.G. Utrilla

### EDITOR JEFE DE LA REVISTA

J. Bregante Ucedo

A. Marqués Gubern

J. Vázquez Estévez

## COMITÉ DE REDACCIÓN

J. Arana García

J.M. Gutiérrez Dueñas

J.M. Morán Penco

A. Albert Cazalla

F. Hidalgo Acera

J.F. Mulet Ferragut

C. Alonso Bañuelos

R.M. Isnard Blanchard

B. Nieto Vázquez

J. Antón-Pacheco Sánchez

C. Jiménez Álvarez

R. Núñez Núñez

E. Blesa Sánchez

L. Lassaletta Garbayo

F.J. Oliver Linares

A. Castellví Gil

R. Luque Mialdea

F.J. Parri Ferrandis

J. Elías Pollina

J.A. Martín Osorio

A. Queizán de la Fuente

A. Gómez Fraile

J.A. Matute de Cárdenas

Z. Ros Mar

J. González Ferré

C. Marhuenda Irastorza

J.J. Vila Carbó

J. Gracia Romero

L. Martínez Martínez

A. Villanueva Mateo

C. Gutiérrez SanRomán

C. Miguélez Lago

## SECRETARÍA DE REDACCIÓN Y CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA

Juan Bregante Ucedo. Hospital Universitario Son Dureta. Servicio de Cirugía Pediátrica. Materno Infantil. C/Andrea Doria, 55.  
07014 Palma de Mallorca, Baleares. E-mail: [juanbregante@gmail.com](mailto:juanbregante@gmail.com) / [mj.lorenzo@ssib.es](mailto:mj.lorenzo@ssib.es)

## SECRETARÍA DE LA PÁGINA WEB (WWW.SECIPE.ORG)

Antonio Blanco Domínguez. C/ Bruc nº 69, 2-1. 08009 Barcelona  
E-mail: [jablanco.germanstrias@gencat.net](mailto:jablanco.germanstrias@gencat.net) // [10667jbd@comb.es](mailto:10667jbd@comb.es)



C/ Arboleda, 1 – 28221 Majadahonda (Madrid). Telf. 91 636 29 30 – Fax 91 636 29 31  
Pza. Josep Pallach, 12 – 08035 Barcelona. Telf. 93 274 94 04 – Fax 93 428 56 60  
[www.ergon.es](http://www.ergon.es)

© Ergon S.A.  
Reservados todos los derechos. All rights reserved.

ISSN: 0214-1221  
Depósito Legal: B-6599/88  
Soporte válido Ref. 8804-R

Cirugía Pediátrica viene reseñándose periódicamente en  
el Index Medicus, Índice Médico Español y Medline



Impreso en papel libre de ácido  
Printed on acid free paper

**CIRUGÍA PEDIÁTRICA** es la Revista Oficial de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica y, por ello, el órgano de expresión de todas sus actividades. Todos los trabajos enviados a la Secretaría de Redacción serán juzgados por el Comité de Redacción, que tiene la facultad de aceptar y seleccionar los trabajos a publicar. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son las de sus autores y no han de ser necesariamente compartidas por el Comité de Redacción. Los trabajos no deberán haber sido publicados previamente y los autores conservarán siempre una copia de cada original remitido. La Revista será trimestral.

Los artículos publicados cumplirán, en general, los "Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas" (N Engl J Med 1997; 336: 309-315).

## PRESENTACIÓN

Los trabajos deberán ser escritos en papel blanco, tamaño folio, mecanografiados a doble espacio, con márgenes superior, inferior y a los lados. Todas las páginas llevarán una numeración correlativa en el ángulo superior derecho, comenzando por la página del título e incluyendo los cuadros y figuras. Constará de los siguientes apartados:

**Primera página.** Figurará el título completo del trabajo en castellano, apellidos de los autores, precedidos por la inicial del nombre, centro de trabajo, fecha de envío y nombre y dirección del responsable del trabajo, con quien hay que mantener la correspondencia. Debe constar si el trabajo ha sido presentado parcial o totalmente en algún Congreso, Simposium o Reunión.

**Segunda página.** Resumen y palabras clave. El resumen constará de 200 palabras aproximadamente y debe reflejar de forma concisa y clara el objetivo del estudio o investigación. En esta hoja figurará una traducción al inglés del título del trabajo, del resumen y de las palabras clave.

**Trabajo.** Constará de las Secciones ya conocidas: introducción, material y métodos, resultados y discusión, con una extensión máxima de 8 folios. Los trabajos referidos a casos clínicos, que deberán limitarse a una exposición de los hechos y unos comentarios, tendrán una extensión de unos 4 folios:

- Introducción:** Se expone el objetivo del trabajo, resumiendo las razones para su estudio. Solamente pueden hacerse referencias estrictas de trabajos previos.
- Material y Métodos:** Deben descubrirse claramente los criterios de selección del material de experimentación, pacientes y controles incluidos en el estudio. El procedimiento seguido será expuesto con detalle, para su más fácil comprensión. No deben usarse nombres de pacientes, ni números de historias clínicas.
- Resultados:** Se presentarán en una secuencia lógica en el texto, cuadros e ilustraciones, remarcando o resumiendo las observaciones importantes.
- Discusión:** Se destacarán los aspectos nuevos o importantes del estudio. No deben repetirse los detalles dados en los resultados. Establecer nuevas hipótesis si están justificadas.

**Bibliografía.** Deberá ser numerada por orden de aparición en el texto e identificada, entre paréntesis, con números arábigos. Siguiendo las normas de Vancouver, se realizará con el siguiente orden: todos los autores, o los seis primeros et al. (apellidos e iniciales del nombre, separados por una coma), título completo del artículo en lengua original, nombre de la revista según las abreviaturas del Index Medicus, año de aparición, volu-

men e indicación de la primera y última página, ej.: N Engl J Med 1991; 324: 424-428.

**Figuras.** Estarán numeradas por orden de aparición, con números arábigos. No se admitirán radiografías ni otro material original. Deben enviarse fotografías en blanco y negro, nítidas y en papel brillante, no superior a 24 x 30 cm. Las letras, números o símbolos, incluidas en las figuras, deberán ser claros y de tamaño suficiente para que cuando se reduzca la figura, siga leyéndose perfectamente. En el dorso de la figura constará la numeración, así como una flecha indicando la parte superior de la misma. También se admiten figuras en soporte informático siempre que tengan al menos 300 ppp.

**Pie de figuras.** Se mecanografiarán en hoja aparte, numerándolas con el número arábigo que corresponde a la figura.

**Tablas o Cuadros.** Cada cuadro completo, con un título breve en su parte superior y notas a pie de cuadro, se presentará en una hoja mecanografiada a doble espacio. Los cuadros también tendrán su numeración, en números romanos, que será correlativa siguiendo el orden de aparición en el texto.

**Figuras y tablas.** El número será el indispensable para la buena comprensión del texto. Se admitirán hasta un máximo (incluyendo ambas) de 4 para las Notas clínicas y de 8 para los Originales.

**Abreviaturas.** Las abreviaturas usadas deben ser definidas y descritas en el momento de la primera aparición en el texto.

## NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrán proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

## ENVÍO DE TRABAJOS

Los trabajos deben enviarse por e-mail a la Secretaría de Redacción (Juan Bregante Ucedo, juanbregante@gmail.com o secrecpe@hds.es) o por correo ordinario (Juan Bregante Ucedo, Hospital Universitario Son Dureta, Servicio de Cirugía Pediátrica, Materno Infantil, C/Andrea Doria, 55, 07014 Palma de Mallorca, Baleares), por triplicado, acompañándose entonces de una versión en soporte informático. En todo caso deberá adjuntarse una carta en la que todos los autores manifiesten que han participado en alguna fase de su elaboración y que se hacen responsables de su contenido.

La Secretaría de Redacción acusará recibo del manuscrito y, si el Editor lo considera válido, lo enviará a dos jueces externos. El autor estará permanentemente informado de la situación de su trabajo.

Se recomienda hacer antes del envío una comprobación por este orden:

- Carta con la firma de todos los autores.
- Página principal.
- Resumen y palabras clave en castellano.
- Título, resumen y palabras clave en inglés.
- Texto.
- Bibliografía (en hoja aparte).
- Leyendas de las figuras (en hoja aparte).
- Tablas (en hoja aparte).
- Figuras orientadas e identificadas.
- Tres copias completas del trabajo incluyendo figuras.
- Versión en soporte informático.

# CIRUGIA PEDIATRICA



Órgano Oficial de la  
Sociedad Española de  
Cirugía Pediátrica

[www.secp.org](http://www.secp.org)

Volumen 23

Suplemento 1

Mayo 2010

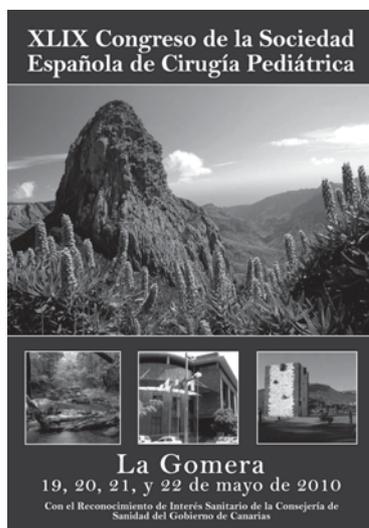
## SUMARIO (SUMMARY)

---

XLIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
La Gomera, 19-22 de mayo de 2010

---

EDITOR ESPECIAL: Dr. Leoncio Bento Bravo



- 1 Comunicaciones Orales I: Cirugía Experimental
- 4 Comunicaciones Orales II: Cirugía General
- 7 Comunicaciones Orales III: Cirugía Torácica
- 11 Comunicaciones Orales IV: Cirugía General. Digestivo
- 15 Presentación oral de pósters y vídeos seleccionados
- 23 Comunicaciones Orales V: Urología
- 26 Comunicaciones Orales VI: Urología
- 29 Comunicaciones Orales VII: Cirugía General
- 32 Comunicaciones Orales VIII: Cirugía Neonatal
- 37 Comunicaciones Orales IX: Oncología
- 40 Vídeos seleccionados para exposición
- 43 Pósters seleccionados para exposición



COMUNICACIONES ORALES I:  
CIRUGÍA EXPERIMENTAL

- **Generación de tejidos óseo, cartilaginoso, adiposo y nervioso a partir de una única fuente de células madre de origen autólogo para su utilización en cirugía pediátrica.** Nieto-Aguilar R, Martín Cano F, Marañés Galvez C, Garzón I, Licerías Licerías E, Alaminos Mingorance M, Fernández-Valadés R. *Departamento de Histología, Universidad de Granada. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Objetivos.** La ingeniería tisular constituye una nueva área de la biomedicina enfocada hacia la generación de tejidos humanos artificiales en laboratorio a partir de células madre y biomateriales. El objetivo de este trabajo es elaborar diferentes tipos de tejidos (óseo, cartilaginoso, adiposo y nervioso) a partir de una única población celular de células mesenquimales (MSC) para su utilización en cirugía pediátrica.

**Material y métodos.** En primer lugar, se obtuvieron biopsias de tejido celular subcutáneo, las cuales se sometieron a digestión enzimática para la generación de cultivos primarios de células mesenquimales. Posteriormente, utilizamos diferentes medios inductores, ricos en factores de crecimiento y factores de transcripción, para inducir la transdiferenciación in vitro de las MSC hacia osteocitos, condrocitos, adipocitos y neuronas. La evaluación de las células transdiferenciadas se realizó mediante técnicas histológicas e histoquímicas.

**Resultados.** Nuestros resultados revelan la adecuada capacidad de transdiferenciación de las MSC, especialmente después de 20 días de inducción en cultivo. Las células transdiferenciadas mostraron expresión de marcadores típicos del hueso, el cartílago, la grasa y el sistema nervioso, mostrando un fenotipo análogo al de estas estructuras.

**Conclusiones.** El desarrollo de nuevas técnicas de cultivo celular permite generar diferentes tipos de tejidos de origen autólogo útiles para la reparación de defectos tisulares en distintas localizaciones en el niño obtenidos a partir de una única fuente celular.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Potencialidad queratinocítica de las células madre de la gelatina de Wharton para su utilización en Ingeniería Tisular.** Marañés C, Garzón I, Alaminos M, Fernández R, Licerías E, Martín F, García M, Díaz E, Campos A. *H.U. Virgen de las Nieves de Granada. Departamento de Histología. Facultad de Medicina. Granada.*

**Objetivos.** Generación de sustitutos tisulares de piel y mucosa oral utilizando células madre de la gelatina de Wharton y biomateriales de fibrina y agarosa con fibroblastos de la piel y mucosa oral humanas inmersos en dichos biomateriales.

**Material y métodos.** Muestras de cordón umbilical humano obtenido de partos por cesárea. Biopsias de espesor total de piel y mucosa oral humanas. Elaboración de sustitutos tisulares e implante de los mismos en animales de experimentación inmunodeficientes.

**Resultados.** La metodología utilizada permitió la obtención y cultivo de las células madre de la gelatina de Wharton del cordón umbilical y de fibroblastos de piel y mucosa oral. Se obtuvieron sustitutos tisulares de ambos tejidos de características análogas a los tejidos nativos. El análisis clínico, histológico e inmunohistoquímico demostró la similitud con los tejidos humanos normales.

**Conclusiones.** La metodología empleada permite el aislamiento, cultivo y expansión de células madre de la gelatina de Wharton del cordón umbilical, así como los fibroblastos de piel y mucosa oral humanas.

La asociación de biomateriales y de fibroblastos permitió la elaboración de sustitutos estromales de piel y mucosa oral.

El análisis histológico ex vivo reveló la existencia de sustitutos estromales y epiteliales análogos a los tejidos nativos.

El análisis de los tejidos in vivo objetivó una perfecta integración en el animal de experimentación así como una diferenciación histológica y funcional hacia células queratinocíticas.

La utilización de estas células solucionaría múltiples problemas de conservación, obtención, mantenimiento y rechazo de las actuales terapias utilizadas actualmente en los pacientes con problemas de cobertura cutánea.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Predicción del riesgo de amputación de extremidad fetal en la brida amniótica en modelo ovino. Cambios morfológicos y circulatorios intrauterinos.** Peiró JL, Soldado F, Bello JC, Esteves M, García-Fontecha C, Aguirre M, Carreras E, Martínez-Ibáñez V. *Grupo de Investigación en Malformaciones Congénitas y Cirugía Fetal. Institut de Recerca. Hospital Valle Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Las bridas amnióticas en extremidades (BAE) son tributarias de cirugía fetal. Las indicaciones se basan en la presencia de edema y disminución de flujo arterial distal como factores de riesgo de amputación, pero no existen datos de tipo cuantitativo al respecto. El objetivo de este estudio es determinarlos.

**Material y métodos.** Se creó BAE en fetos ovinos mediante ligadura en la extremidad posterior derecha en un grupo precoz (n=6), a los 65 días de gestación (E65), y en un grupo tardío (n=4), a los 90 días (E90). Se realizó un seguimiento intrauterino ecográfico-doppler semanal. Se valoró longitud del metatarsiano, diámetro de la extremidad, índice de pulsatilidad (IP), tiempo de velocidad media máxima (TAMV) y flujo arterial (FA).

**Resultados.** En extremidades no ligadas, la longitud y grosor siguió un aumento lineal durante la gestación. El TAMV y el FA mostraron un aumento hasta E100, cuando apareció un incremento marcado. En el grupo tardío apareció un edema progresivo en la extremidad ligada, sin amputación. No hubo diferencias significativas en la longitud metatarsiana y el IP. TAMV y FA no disminuyeron. En el grupo ligado precozmente se produjo edema, que desapareció progresivamente desde E100, cuando el TAMV y FA disminuyeron bruscamente. Las extremidades se amputaron dos semanas después.

**Conclusiones.** El edema distal no predice la amputación y debe valorarse conjuntamente con el flujo distal. El momento de inicio de estrangulación, la disminución del TAMV y FA son factores de riesgo de amputación y podrían utilizarse para la indicación de cirugía fetal de la BAE en clínica humana.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **El parto pretérmino disminuye la lesión neural de la espina bífida en un modelo congénito de ratón.** Peiró JL, Fontecha CG, Al-Shanafey S, Aguirre M, Soldado M, Rojo A, Torán N, Martínez-Ibáñez V. *Grupo de investigación en malformaciones congénitas y cirugía fetal. Institut de Recerca. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La lesión neural en el mielomeningocele (MMC) es progresiva durante la gestación por la acción química del líquido amniótico sobre el tejido neural expuesto. Se ha propuesto limitar este tiempo de exposición mediante un parto pretérmino electivo.

El objetivo del estudio es evaluar el efecto del avance del parto en un modelo teratogénico de espina bífida en ratón.

**Material y métodos.** Hemos obtenido fetos con espina bífida mediante la administración oral de ácido retinoico en 15 ratones (C57BL/6J) hembras gestantes el día 7 de la gestación (a-

término=19 días). Las madres se sometieron cesárea los días 19 (n=5), 17 (n=5) y 15 (n=5) de gestación. Se practicó análisis macroscópico e histológico del defecto lumbar y de la unión craneo-cervical en todos los fetos con MMC.

**Resultados.** Se obtuvieron 65 fetos (E15=25 fetos, E17=25 fetos, E19=15 fetos) afectados de MMC. Los animales del grupo E19 mostraron una gran destrucción neural en la zona del MMC y una importante malformación de Arnold-Chiari (AC). Los fetos E17 mostraron menor grado de lesión neural, siendo aún menor en el grupo E15. La malformación de AC apareció en todos los grupos y no mostró diferencias significativas entre E19-E17, pero sí entre E19-E15 ya que el grado de afectación en E15 fue mínimo.

**Conclusiones.** En este modelo congénito de MMC, el parto pretérmino evita lesiones de la médula espinal, pero para obtener una situación mejor en la malformación de Chiari se precisa de un avance significativo del parto. Esta estrategia puede ser una opción terapéutica en pacientes humanos con MMC diagnosticado prenatalmente.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **La eritropoyetina y su efecto protector en un modelo experimental de enterocolitis necrotizante en rata neonatal.** Lerena J, Carrasco R, Alonso S, Pérez N, Cáceres F, Pera M. *Hospital Sant Joan de Déu. Hospital del Mar. Barcelona.*

**Objetivos.** Evaluar si la EPO tiene un efecto protector en un modelo experimental de enterocolitis necrotizante (ECN).

**Material y métodos.** Ratas Sprague-Dawley de 15 días: grupo 1 (ECN), grupo 2 (ECN con EPO humana) y grupo 3 (ECN con EPO de rata). La ECN fue inducida mediante oclusión de los vasos mesentéricos superiores durante 45 minutos. Se administró EPO subcutánea (500 U/Kg/día) durante 6 días antes de la isquemia. Se calculó la altura media (AMV) y el grosor medio (GMV) de las vellosidades en el íleon 3 horas tras la reperfusión. Se determinó la concentración de VEGF en suero. Se realizó también estudio inmunohistoquímico.

**Resultados.** La AMV fue significativamente mayor en los dos grupos de EPO (grupo 1: 23±12 vs. grupo 2: 38±10 vs. grupo 3: 39±15 µm; p=0.003). El GMV también fue mayor aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística. Los niveles de VEGF en suero fueron mayores en el grupo de EPO humana (grupo 1: 42±36 vs. grupo 2: 390±430 vs. grupo 3: 55±110 pg/ml; p<0.05).

**Conclusiones.** El modelo de isquemia-reperfusión intestinal en la rata de 15 días de vida consigue unas lesiones morfológicamente similares a las de la enterocolitis necrotizante en el recién nacido humano.

La EPO protege frente a la lesión por isquemia-reperfusión en un modelo de ECN. Este efecto puede estar mediado, en parte, por un aumento en la expresión de VEGF.

Son necesarios nuevos estudios clínicos controlados que confirmen el efecto protector de la eritropoyetina en recién nacidos con un riesgo aumentado de desarrollar una ECN.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Correlación entre la ecografía Doppler color con los hallazgos histológicos en un modelo experimental de isquemia-reperusión en ratas neonatales.** Cáceres F, Castañón M, Morales L, Cusi V, Badosa J, Lerena J, Ribó JM. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivo.** Conocer la correlación del flujo mesentérico con variables de anatomía patológica en un modelo de enterocolitis necrotizante (ECN) experimental de isquemia-reperusión en ratas neonatales

**Materiales y métodos.** Se estudiaron 3 grupos de 10 (control: 1, isquemia: 2 y reperusión: 3) en ratas (Sprague-Dawley) de ambos sexos de 17 días de vida con un peso promedio de 21 a 36 g. Las variables ecográficas a comparar fueron: velocidad sistólica máxima (VSM), velocidad media (Vm), flujo diastólico (FD), pico de flujo diastólico reverso (PFDR), índice de pulstilidad (IP), índice de resistencia (IR) y proporción o índice sístole/diástole (S/D). Las variables de histología a comparar fueron: lesión intestinal (escala de Wallace/Keenan/Chiu delgado), altura media de vellosidades (AMV), hiperplasia glandular, células caliciformes y mitosis. El modelo de isquemia-reperusión consiste en clampar la arteria mesentérica superior en su raíz por 60 minutos (grupo 2) y reperfundir por 24 horas (grupo 3). La ecografía intra-abdominal se practico en los grupos 1, 2 y 3 previo al sacrificio. Tras la necropsia se procede a identificar el intestino delgado y grueso para tomar biopsias, las mismas que serán procesadas en hematoxilina-eosina para su estudio microscópico Para el estudio estadístico emplearemos la mediana (rangos). Prueba de Kruskal-Wallis. Prueba U-Mann-Whiney. El coeficiente de determinación no lineal cuadrático ajustado ( $r^2Q$ ). Consideramos significativo una  $p < 0,01$ .

**Resultados.** Las variables ecográficas y de anatomía patológica que tienen un grado de asociación significativo ( $p < 0,01$ ) en el modelo isquemia-reperusión (ECN experimental) fueron: la VSM, el IP y S/D (ecografía Doppler color) señalando una relación con la escala de Wallace/Keenan, promedio de Chiu en el intestino delgado, AMV, hiperplasia glandular del intestino grueso y células caliciformes del intestino grueso.

El grupo 3 comparado con los grupos 1 y 2, la VSM encontró 5 asociaciones significativas ( $p < 0,001$ ) las cuales guardan relación con escala macroscópica de Wallace/Keenan ( $r^2Q = 0,631$ ), la escala microscópica de Chiu delgado ( $r^2Q = 0,506$ ), la AMV ( $r^2Q = 0,183$ ) el porcentaje de hiperplasia glandular del intestino grueso ( $r^2Q = 0,164$ ) y el número de células caliciformes de intestino grueso ( $r^2Q = 0,288$ ) El IP encontró 5 asociaciones significativas ( $p < 0,01$ ) las cuales guardan relación con escala macroscópica de Wallace/Keenan ( $r^2Q = 0,516$ ), la escala microscópica de Chiu delgado ( $r^2Q = 0,339$ ), la AMV ( $r^2Q = 0,124$ ), el porcentaje de hiperplasia glandular del intestino grueso ( $r^2Q = 0,186$ ) y el número de células caliciformes de intestino grueso ( $r^2Q = 0,170$ ). S/D encontró 4 asociaciones significativas ( $p < 0,001$ ) las cuales guardan relación con escala macroscópica de Wallace/Keenan ( $r^2Q = 0,575$ ), la escala microscópica de Chiu delgado ( $r^2Q = 0,260$ ), la AMV ( $r^2Q =$

0,071), y el número de células caliciformes de intestino grueso ( $r^2Q = 0,281$ ).

**Conclusiones.** El modelo de isquemia-reperusión en rata de 17 días de vida reproduce mediciones ecográficas observadas en la enterocolitis necrotizante neonatal humana. Existe correlación entre valores Doppler del flujo mesentérico (VSM, IP, S/D) con los hallazgos de daño intestinal macroscópicos y microscópicos, permitiendo una orientación acerca del grado de ECN. La realización de nuevos estudios que permitan conocer con detalle más asociaciones diagnósticas debe ser seguida, por su utilización en la práctica clínica.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Anatomía patológica en el modelo experimental de isquemia-reperusión en ratas neonatales.** Cáceres F, Castañón M, Cusi V, Morales L, Ribó JM. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivo.** Conocer el nivel de lesión intestinal microscópico y su correlación con variables de anatomía patológica en un modelo de enterocolitis necrotizante (ECN) experimental de isquemia-reperusión en ratas neonatales

**Materiales y métodos.** Se estudiaron 3 grupos de 10 (control: 1, isquemia: 2 y reperusión: 3) en ratas (Sprague-Dawley) de ambos sexos de 17 días de vida con un peso promedio de 21 a 36 g. Las variables a comparar fueron: grado de lesión intestinal, morfometría, arquitectura de las vellosidades, otros hallazgos de lesión intestinal y recuento celular de las vellosidades/criptas de Liberkuhn. El modelo de isquemia-reperusión consiste en clampar la arteria mesentérica superior en su raíz por 60 minutos (grupo 2) y reperfundir por 24 h (grupo 3). Tras la necropsia se procede a identificar el intestino delgado y grueso para tomar muestras, las mismas que serán procesadas en hematoxilina-eosina para su estudio microscópico. Para el estudio estadístico emplearemos la mediana (rangos). Prueba de Kruskal-Wallis. Prueba U-Mann-Whiney. Consideramos significativo una  $p < 0,01$ .

**Resultados.** Encontramos diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) para las siguientes variables: 1) Escala macroscópica de Wallace/Keenan fue para el grupo reperusión de 4 (3-5) comparado con 5 de grupo isquemia y 0 de grupo control. Escala microscópica de Chiu (delgado) del grupo reperusión de de 3 (2,86-3,5) comparado con 4,46 (4,25-4,67) de grupo isquemia y 0 del grupo control. 2) La altura media de vellosidades (AMV) del grupo reperusión fue de 150 (138-246), comparadas con 74,5 (46-95) del grupo isquemia y 260 (246-282) del grupo control. 3) La regeneración y la hipertrofia glandular (colon) están presentes exclusivamente en el grupo reperusión. 4) Las célula caliciformes (colon) del grupo reperusión fueron 3 (2-4), comparados con 5 (3-7) del grupo isquemia y 7 (5-10) del grupo control. La mitosis (delgado) es una característica del grupo reperusión.

No encontramos datos significativos ( $p > 0,05$ ) respecto a Chiu colon, atrofia de vellosidades, perforación (3 casos en el grupo reperusión y 1 en el grupo isquemia), hiperplasia glandular

dular delgado, células caliciformes delgado y mitosis colon. No se observó pneumatosis en grupo.

**Conclusiones.** La valoración macroscópica de lesión intestinal no siempre guarda relación con los cambios microscópicos. La escala de Chiu y la AMV son excelentes indicadores de daño intestinal. La isquemia pura acorta (con gran intensidad) la AMV, sin embargo en presencia de reperfusión (24 h) se ha observado una ligera recuperación de la AMV, sin ser lo suficientemente importante para frenar el proceso de ECN. El grupo reperfusión de nuestro modelo experimental (isquemia – reperfusión) en rata de 17 días de vida se encuentra en el estadio IIA de la clasificación modificada de Bell (ECN definida)

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **¿Es necesaria o imprescindible la cirugía experimental en el programa formativo de un cirujano pediátrico?** García González M, Caramés Bouzán J, García Palacios M, Gómez Veiras J, Molina Vázquez E, Somoza Argibay I, Pais Piñeiro E, Dargallo Carbonell T, Gómez Tellado M, Vela Nieto D. *Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** Incorporar los programas de simulación y experimentación en animales vivos, como parte del programa formativo del Residente de Cirugía Pediátrica, para mejorar su formación técnica y la seguridad de los pacientes.

**Material y métodos.** En nuestro Complejo Universitario, disponemos de un Centro Tecnológico de Formación en el que se realiza una formación integral basada en la simulación antes de llegar al paciente real, y que dispone de 4 áreas de simulación: escénica, realidad virtual, robótica y experimental. En los simuladores se crea un entorno virtual realista, en el que se entrenan habilidades manuales, se adquieren conocimientos teóricos y se inicia la competencia en la toma de decisiones. En el área experimental, pasando a modelos anatómicos reales en animales de experimentación vivos, realizamos procesos quirúrgicos invasivos. Existe una programación semanal de acuerdo con el año de formación del Residente y siempre con la tutorización de un Especialista de Plantilla, un Veterinario y una enfermera de la Unidad.

**Resultados.** El aprendizaje es más reglado y protocolizado, tanto en las técnicas más habituales (anastomosis intestinales, pieloplastias...) como en las más complejas (Hepatectomías, Lobectomías pulmonares, Laparoscopia...). Además se entrenan y adquieren habilidades en nuevas tecnologías, lo que mejora la calidad y la seguridad de nuestros niños.

**Conclusiones.** Pensamos que en el momento actual, es imprescindible que los Residentes, realicen procedimientos de simulación y técnicas quirúrgicas en animales vivos como una parte imprescindible de su programa formativo. Utilizando estas tecnologías podemos mejorar el aprendizaje, incrementar la seguridad de nuestros pacientes y realizar programas de acreditación-evaluación de los médicos en formación.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

## COMUNICACIONES ORALES II: CIRUGÍA GENERAL

- **La infección nosocomial en nuestros pacientes pediátricos: un problema en tiempos de crisis.** Gómez Farpón A\*, Arroyo Hernández M\*\*, García Hernández I\*\*, Concha Torre A\*\*, Alvarez V\*, Martínez-Almoyna C\*. *\*Servicio de Cirugía Pediátrica. \*\*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Conocer y describir las infecciones nosocomiales (IN) en servicios quirúrgicos pediátricos y valorar su impacto económico.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de informes de alta, historias clínicas y base de datos de Microbiología. Se recogieron los datos de pacientes menores de 5 años ingresados al menos 24 horas por servicios quirúrgicos durante un año y se analizaron de forma descriptiva características clínico-epidemiológicas.

**Resultados.** Se analizaron los 461 ingresos a cargo de servicios quirúrgicos pediátricos durante un año. De ellos, el 43% pertenecieron a Cirugía Pediátrica, el 27,5% a ORL, el 12,1% a Traumatología, el 9,1% a Cirugía Plástica y el 1,3% a Neurocirugía. La edad media fue 2,57 años (DS 1,53) y el 65,9% fueron varones. El 39,3% eran lactantes y el 60,7% preescolares. De los ingresos se infectaron un 12,1% (56 pacientes), de los cuales el 73,2% fueron infecciones víricas y un 17,9% bacterianas. Las IN más frecuentes fueron gastroenteritis agudas e infecciones respiratorias (29,6% cada una). Un 57,1% de las IN ocurrieron en lactantes, y un 42,9% en preescolares (p=0,003). La estancia mediana en los pacientes que no sufrieron infección fue de 2 días (1-29), por el contrario en los infectados fue de 8 días (1-64) (p<0,001). El sobre coste estimado derivado de las IN para nuestra muestra fue de 123.708,48 €.

**Conclusiones.** Las IN constituyen una causa importante de morbilidad y gasto socio-sanitario, siendo las infecciones víricas las más prevalentes en nuestra muestra. Medidas preventivas sencillas (separación de pacientes por servicios médicos o quirúrgicos) pueden ayudar a descender la incidencia.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Presencia familiar durante procedimientos invasivos menores en urgencias. ¿Qué opinan los padres?** Palazón P, Gamell A, Corniero P, Parra C, Trenchs V, Luaces C, Ribó JM. *Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** La política de nuestro servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) es ofrecer a los familiares estar presentes durante los procedimientos invasivos (PI). Se realiza un estudio en el que se pretende conocer: proporción de familiares que acompañan y que desean acompañar a sus hijos durante PI y sus motivos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, mediante encuestas anónimas dirigidas a los familiares de todos los pacientes ingresados desde el SUP durante un mes.

**Resultados.** Obtuvimos 213 encuestas. La mediana de edad de los familiares fue de 37.2 años y la de los pacientes de 3.3 años. Se realizó algún PI en el 73.3% de pacientes, estando presentes sus familiares en el 97.4%, repartido en: extracciones de sangre (98%), sondaje vesical (97%), punción lumbar (72%), suturas (62%) y reducciones de fracturas (37%). Los familiares desean presenciar: extracción de sangre (98%), sondaje vesical (89.9%), punción lumbar (82.4%), suturas (88.6%) y reducción de fracturas (86.5%). El 51.6% de encuestados creen que son los padres quienes deben decidir su presencia y el 42.3% creen que debe decidirlo el personal sanitario. Los motivos para estar presentes son: calmar al niño (90.1%), acompañar a su hijo (57.9%) y saber qué hace el médico (36.6%). Los motivos para no estar presentes son: nerviosismo (51.7%) y no molestar a los sanitarios (52.4%).

**Conclusiones.** En nuestro SUP, la presencia familiar es habitual, especialmente en los procedimientos menos invasivos. La mayoría de familiares desean acompañar a su hijo durante los PI, sintiendo diferentes grados de ansiedad en función del procedimiento realizado.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Lesiones en tubo digestivo por pilas de botón con carga: urgencia inmediata.** Curbelo M, Broto J, Peiró JL, Giné C, Brun N, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Servicio de Cirugía Digestiva Pediátrica. Hospital Vall d' Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Las pilas de botón con carga (PBC) presentan unas características especiales que obligan a su retirada de forma precoz ya que pueden producir graves lesiones en el tubo digestivo, debidas fundamentalmente a la descarga rápida de las mismas. El objetivo del estudio consiste en analizar las consecuencias de la detención de las PBC en el tubo digestivo, en la edad pediátrica.

**Material y métodos.** Se realiza análisis de los pacientes que acuden al hospital por ingesta de PBC entre 2006-2009. Se analizan edad, sexo, clínica, tiempo de contacto con mucosa, hallazgos endoscópicos, complicaciones, estancia hospitalaria y seguimiento.

**Resultados.** Se registran 4 casos de PBC intraesofágica y 1 caso de PBC en duodeno, con mediana de edad de 14 meses. Dos pacientes se encuentran asintomáticos, otros dos con sialorrea y el más grave con disnea. En todos se realiza extracción endoscópica de la PBC y se objetiva lesión en tubo digestivo en el 100% (1 lesión grado II, 3 lesión grado III y el más grave fístula traqueoesofágica). El tiempo medio de contacto de la PBC es de 12 horas. La estancia hospitalaria varía entre 1 y 50 días, para el caso más grave con fístula traqueoesofágica y complicaciones. En todos es preciso el seguimiento mediante pruebas de imagen o fibroscopia.

**Conclusiones.** La presencia de una PBC puede asociarse a una elevada morbilidad y complicaciones. El tiempo de contac-

to con la mucosa digestiva tiene relación directa con la gravedad de las lesiones. Se recomienda la retirada inmediata tras su diagnóstico y tratar las posibles lesiones establecidas.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **¿Hay un consenso para el manejo de la ingesta de pilas de botón? Instauración de un protocolo de extracción en nuestro centro.** Girón O, Ruiz R, Cabrejos K, Fernández M, Sánchez JM, Hernández JP, Bueno JF, Trujillo A, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** Realizamos un estudio para comprobar el consenso existente sobre el manejo de la localización gástrica de una pila de botón, instaurando un protocolo clínico en nuestro centro.

**Material y métodos.** Realizamos un metaanálisis estadístico de resultados de artículos publicados en PubMed entre 1986 y 2009 con palabras clave predeterminadas. Los resultados han sido analizados con el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Han sido revisados 40 artículos publicados entre 2000 y 2009, obtenidos mediante las palabras clave y criterios de inclusión ya citados. Los juguetes son el 86% de fuentes de pilas seguidos de relojes (10%) y llaves de garaje (2%). Todos contemplan la extracción urgente si se encuentra en el esófago, desde 2 horas tras la ingesta hasta 6 horas, con tiempo medio de 3,6 horas. Si se localiza en estómago y el paciente está asintomático, el 10% recomiendan no hacer nada y esperar a la expulsión con las heces. Un 20% recomiendan extracción si persiste más de 24 horas y otro 20% si persiste 48 horas. Un 10%, intervención temprana según el diámetro de la pila. No identificamos diferencias significativamente estadística entre los diversos manejos de la situación gástrica del cuerpo extraño.

**Conclusiones.** Si se localiza en estómago y el paciente está asintomático, esperamos 48-72 horas para que pase el píloro. Si no lo ha hecho, se realiza endoscopia.

Si pasa el estómago y está asintomático, alta e indicamos observación de las heces.

Insistimos en unificar los criterios al respecto, dada la falta de consenso en el manejo de estos cuerpos extraños.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Tratamiento de quemaduras y secuelas de quemaduras en países con recursos limitados. Nuestra experiencia.** Corradini M, Palazón P, Parri FJ, Olivares M, Mabrouk Maged M, Ribó JM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** Según estadísticas de la OMS, las lesiones infantiles no intencionales son causa de morbi-mortalidad importante, sobre todo en países con recursos limitados; entre estas, las quemaduras ocupan un 13% y son causa de mortalidad en fase aguda y de secuelas invalidantes a largo plazo. Presentamos nuestra experiencia con niños quemados en un hospital rural en Etiopía.

**Material y métodos.** Dos misiones con 18 días efectivos de quirófano. 13 intervenciones en pacientes de 6 meses a 10 años con secuelas de quemaduras, en los cuales se practicaron 7 injertos libres, 2 zetaplastias combinadas con injertos libres y 4 colgajos vascularizados combinados con injertos libres. Además, tratamos 4 pacientes con quemaduras en fase aguda de 1 a 16 años practicando 2 escarectomías y curetajos.

**Resultados.** La cirugía de 12 de las 13 intervenciones ha dado buen resultado funcional. Hubo un solo fracaso en un colgajo vascularizado. De los 4 quemados en fase aguda, 3 siguieron buena evolución, mientras que 1 falleció por fallo multiorgánico debido a la extensión de la quemadura y el retraso en la atención.

**Conclusiones.** El tratamiento idóneo y precoz de las quemaduras en fase aguda reduce la morbi-mortalidad a largo plazo. El tratamiento quirúrgico de las secuelas cicatriciales de las quemaduras reduce el grado de invalidez, factor determinante para la supervivencia sobretodo en los países con recursos limitados. Nuestra aportación e intercambio con los sanitarios autóctonos les ayuda en el aprendizaje de nuevos protocolos y técnicas quirúrgicas para el tratamiento de estas lesiones.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Estenosis esofágicas cáusticas en niños. Tratamiento de 120 pacientes en países en vías de desarrollo.** Uroz Tristán J, Wardak J, Beltrà Picó R, Benoun SG, Mogueya SA, Sherman L, Hounnou G. *Unidad de Cooperación Internacional. Servicio Canario de la Salud. Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** 1) Presentar nuestra casuística de niños afectos de estenosis esofágica secundaria a la ingesta de cáusticos. 2) Llamar la atención sobre la necesidad de la colaboración internacional para, antes que tener que tratarlas, prevenirlas.

**Material y métodos.** Hemos tratado en Africa y Afganistán, en los últimos 30 meses, a 120 niños con este problema. Un 15-35% presentaron disfagia tempranamente. El 60% desarrollaron estenosis durante el primer mes, llegando a un 80% en el segundo. Así, es muy importante tratarlos urgentemente para prevenir esa grave complicación. Si se evita en estos plazos, tienen muchas posibilidades de no sufrirla en el futuro.

Realizamos más de 440 dilataciones anterógradas y/o retrógradas. Utilizamos neumodilatación con balón o dilatadores semirígidos (Savary, Savary-Guillard y Malone). El objetivo terapéutico es conseguir un diámetro esofágico mínimo de 11 mm en las primeras dilataciones y mantenerlo al menos durante seis meses.

**Resultados.** 112 niños han respondido muy favorablemente al tratamiento dilatador. 8 pacientes han precisado sustitución esofágica.

**Conclusiones.** En los países subdesarrollados estos accidentes son una importante causa de muerte o lesiones muy graves.

La Poison Prevention Packaging Act (1970), limitó la concentración de los agentes cáusticos a un 10% y obligó a envases

a prueba de niños. Son normas respetadas en los países ricos, pero una quimera en los infradesarrollados. La Cooperación Internacional, debe colaborar a mejorar el desarrollo económico y la prevención de estos graves accidentes mediante un mejor control del abastecimiento de los productos cáusticos.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Indicaciones de uso de regeneradores dérmicos en el tratamiento de los nevos congénitos gigantes de extremidades.** Villalón F, López Gutiérrez JC, Díaz M, Soto C y Ros Z. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Objetivos.** El tratamiento de los nevos congénitos gigantes en extremidades presenta dificultades técnicas por la escasez de piel adyacente, su menor elasticidad, la movilidad continua y la vascularización precaria.

**Material y métodos.** Hemos revisado nuestra experiencia de los últimos 10 años que incluye 22 pacientes.

**Resultados.** Se utilizaron expansores tisulares en 6 y regeneradores dérmicos en los 16 en los que no se pudo llevar a cabo la expansión. En los pacientes con expansión esta se llevó a cabo siguiendo un protocolo más lento que en tórax y cráneo. Hubo un episodio de infección que precisó tratamiento antibiótico y ninguno de necrosis.

De los 16 pacientes que fueron tratados con regenerador dérmico 11 tenían afectación articular. Este se fijó al lecho con presión negativa en 6 casos. En 4 pacientes la extirpación se realizó en 2 tiempos para evitar la retracción articular. No hemos realizado ninguna cobertura con colgajos libres. Todos expresaron su satisfacción por el resultado final que fue superior a la abstención terapéutica.

**Conclusiones.** En conclusión, la extirpación de nevos gigantes en extremidades tiene fines más cosméticos que oncológicos y el resultado final y la técnica elegida deben seguir esta consideración.

La expansión es la técnica de elección pero con limitadas posibilidades. A pesar de los inconvenientes que presenta su uso, los regeneradores dérmicos ofrecen una facilidad de aplicación y unos resultados cosméticos superiores a los que ofrecen en tórax y abdomen por lo que son especialmente útiles en la cobertura de grandes defectos distales a la axila y la ingle.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Aplicaciones de las células madre en el síndrome de Perry-Romberg.** Arana E, Moreno A, Lloret J, Barret JP. *Unidad de Cirugía Plástica Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Valle de Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** El síndrome de Perry-Romberg es una hemiatrofia facial progresiva, sin etiología demostrada, que afecta de manera variable a piel, TCS, músculos y huesos.

Para su corrección se han aplicado numerosas técnicas de distinta complejidad quirúrgica.

La lipoinfiltración aporta relleno en las zonas deficientes, aunque se acompaña de gran reabsorción grasa en postoperatorio tardío, con importante decepción del paciente y médico.

Nuestro objetivo es aplicar los nuevos avances tecnológicos obteniendo, a partir del tejido graso lipoaspirado, células madres que reimplantaremos en el paciente, aumentando así la vascularización del tejido graso reimplantado y su supervivencia.

**Material y métodos.** Dos pacientes con síndrome de Perry-Romberg, que presentan hemiatrofia facial importante y moderado hipodesarrollo óseo ipsilateral. Otros estigmas asociados: laterorrinia; depresión y elevación labial superior; depresión mentoniana. Rango de edad: 13-14 años. Realizamos Lipofilling con células grasas enriquecidas con células madre autólogas obtenidas por el sistema CELLUTION, implantándose 100 cc de esta mezcla en el primer paciente y 200 cc en el segundo. Ninguna complicación en postoperatorio inmediato o tardío.

**Resultados.** Al mes postintervención, tras disminuir el edema, observamos adecuada corrección de la disarmonía facial, con conservación casi completa del volumen aplicado en la intervención. En el postoperatorio tardío se mantienen los resultados iniciales con mínima reabsorción grasa (10%). Alto grado de satisfacción en pacientes y su entorno.

**Conclusiones.** El procesamiento de grasa obtenida por liposucción hasta conseguir células madre y el reimplante de dicho material esta demostrando una mejoría en las técnicas de lipofilling al asegurar la permanencia y estabilidad de los resultados intraoperatorios a corto y largo plazo.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Bloqueos anestésicos ecoguiados de la pared abdominal (bloqueo TAP) para analgésica quirúrgica y postoperatoria en apendicectomía abierta.** Girón O, Martínez Segovia MC, Roqués V, Belmonte J, Cabrejos K, Ruiz R, Fernandez M. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** Nos planteamos analizar si la realización del TAP block previo a apendicectomía abierta, disminuye los requerimientos analgésicos durante la cirugía, permite la cirugía abierta sin relajación muscular farmacológica con el paciente en ventilación espontánea, y obtiene una analgesia postoperatoria adecuada.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio descriptivo de 20 casos de apendicitis aguda, intervenidos mediante incisión tipo McBurney. Se incluyeron en nuestro estudio pacientes pediátricos ASA I-II, con normas de ayuno cumplimentadas y sin alergias medicamentosas conocidas. Todos los pacientes fueron premedicados con midazolam y atropina, previo a su inducción con propofol. El manejo de la vía aérea fue con mascarilla laríngea y mantenimiento anestésico con sevoflurano sin relajante muscular y en ventilación espontánea con presión soporte. La técnica de bloqueo se realizó tras la inducción y con la sonda ecográfica en la línea medio-axilar. Se infiltró bupivacaína 0,25%. Para la recogida de datos, dividimos la intervención quirúrgica en 5 fases y monitorizamos BIS, parámetros hemodinámicos, respiración espontánea, respuestas motoras antiálgicas y calidad de

relajación percibida por el cirujano. Se registró además la necesidad de analgesia de rescate y analgesia postoperatoria mediante escalas objetivas de dolor.

**Resultados.** Observamos diferencias significativas en tensión arterial y frecuencia cardiaca respecto a los valores basales. La relajación muscular fue adecuada y permitió un cierre quirúrgico óptimo.

**Conclusiones.** El TAP permite un mejor manejo del dolor postoperatorio, pero además puede reducir el consumo de fármacos anestésico en el trascurso de procedimientos abdominales. Los resultados de nuestro estudio podrían demostrar menor respuesta dolorosa a la incisión trascurridos 20-30 del bloqueo.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

### COMUNICACIONES ORALES III: CIRUGÍA TORÁCICA

- **Manejo conservador de las neumonías neumocócicas necrosantes.** Tuduri Limousin I, Morcillo Azcárate J, Molinos Quintana A, Morillo Gutierrez B, Aspiazú Salinas D, Moya Jiménez MJ, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica y Sección de Medicina Interna Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción.** La incidencia de la neumonía necrosante en Europa está en aumento debido a la selección de nuevas cepas de *S.pneumoniae*. La actitud quirúrgica vs. conservadora es objeto de debate.

**Objetivo.** Presentar nuestra experiencia con el manejo conservador de esta patología.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, analizando la evolución clínica y radiológica de los pacientes, así como la presencia de factores de riesgo. En 2009 se incluyó la serología de H1N1. Se consideró neumonía necrosante la presencia de cavidades pulmonares en las pruebas de imagen. Se consideró criterio de exclusión la presencia de *M. tuberculosis* o de *S. aureus*.

**Resultados.** Estudiamos 17 neumonías necrosantes consecutivas entre 2005-2009 con una edad media de 40,58 meses $\pm$ 8,67 (mediana: 29 meses). El diagnóstico se realizó tras 13 días de evolución de la neumonía por radiografía y confirmado mediante US (47,1%) o TC (41,2%). Se asoció a empiema en el 88,2% de los casos requiriendo toracocentesis en 6 pacientes y toracoscopia en 6 más. La infección neumocócica fue confirmada mediante cultivo o BINAX en el 47,1% de los casos. Tan sólo 1/7 presentaba coinfección con gripe H1N1. Todos evolucionaron favorablemente siendo alta a los 9,58 días sin necesidad de procedimientos quirúrgicos sobre el tejido pulmonar necrosado. 2 pacientes presentaron fuga aérea autolimitada. Los neumatoceles se resolvieron a los 104,28 días (22-231 días), persistiendo todavía en 3 pacientes.

**Conclusiones.** La neumonía necrosante tiende a su resolución espontánea.

Sólo deben realizarse intervenciones quirúrgicas para complicaciones tardías.

El uso de la TC debe limitarse a la planificación prequirúrgica.  
*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Tratamiento comparativo del empiema paraneumónico con fibrinolíticos versus toracoscopia en niños.** Barceló C, Marhuenda, C Molino JA, Guillén G, Lloret, J Martínez-Ibáñez V. *Hospital Infantil Vall d Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** Debido a la escasez de estudios comparativos entre el uso de fibrinolíticos y la toracoscopia para el tratamiento del empiema paraneumónico complicado, la mejor opción terapéutica para estos casos aún está en controversia.

Presentamos nuestra experiencia en el uso de ambos tratamientos para el empiema paraneumónico complicado en niños.

**Material y métodos.** Se han revisados los pacientes con el diagnóstico de empiema paraneumónico complicado atendidos en nuestro centro en los últimos 7 años (2001-2008). A todos los pacientes, se les practicó ecografía torácica y si el líquido era ecogénico o con tabiques fue considerado como empiema complicado y tratado con fibrinolíticos o toracoscopia según la preferencia del cirujano responsable.

Se han comparado y analizado las variables de estancia hospitalaria, estancia postquirúrgica, fiebre postoperatoria, duración del drenaje y la tasa de reintervenciones.

**Resultados.** Durante los años del estudio han habido 147 derrames pleurales, siendo 104 derrames complicados. De éstos, 47 fueron tratados con fibrinolíticos y 57 con toracoscopia. Comparando ambos tratamientos, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a la estancia hospitalaria, la estancia postquirúrgica, la fiebre postoperatoria ni la duración del drenaje. La única diferencia estadísticamente significativa hallada ha sido al comparar la necesidad de reintervención, siendo mayor en el grupo fibrinolíticos (14% vs 30%).

**Conclusiones.** Según los resultados ambas técnicas son igual de eficaces como tratamiento inicial del empiema complicado, aunque existe una mayor proporción de reintervenciones en los casos tratados con fibrinolíticos. Estos resultados coinciden con los nuevos estudios prospectivos publicados en la literatura que recomiendan los fibrinolíticos como tratamiento inicial.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Traqueoplastia anterior con injerto de cartílago costal en el tratamiento de las estenosis subglóticas.** Morcillo Azcárate J, De Agustín Asensio JC, Tuduri Limousín I, Aspiazu Salinas DA, Jiménez Crespo V, Maraví Petri A. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Revisar nuestra experiencia reciente en el tratamiento de las estenosis subglóticas utilizando traqueoplastias con injerto de cartílago costal, una técnica antigua que permite con sencillez reparar este problema

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, utilizando el registro de intervenciones de la unidad de cirugía para seleccionar los casos de traqueoplastias con injerto y las historias clínicas del archivo del hospital para valorar el seguimiento de los pacientes. Los injertos fueron realizados tomando el cartílago del segundo arco costal y fijando el injerto con suturas monofilamento no reabsorbible a puntos sueltos, con o sin "Split" posterior

**Resultados.** En los últimos 3 años se realizaron 6 traqueoplastias con injerto de cartílago costal sobre 5 pacientes, de edades comprendidas entre 1 y 5 meses, 3 varones y 2 mujeres. Sólo uno fue prematuro. Todos presentaban una estenosis subglótica de más del 90%, con diferentes factores etiológicos combinados (infección por VRS, laringotraqueítis, intubación prolongada). Además presentaban variada comorbilidad (Escafocefalia, Tetralogía de Fallot, Atresia pulmonar, atresia anal). Permanecieron una media de 7,25 días con intubación traqueal. Sólo un paciente requirió reintervención, por dehiscencia del injerto secundaria a movilización de tubo endotraqueal. En el seguimiento ninguno ha presentado estenosis significativa (estenosis residuales de 0-30%), fugas aéreas o estridor, habiéndose intubado sin incidencias 3 niños en 4 intervenciones posteriores

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, con un corto seguimiento (3 años), esta técnica es útil y segura para corregir en un solo tiempo las estenosis subglóticas en pacientes pediátricos.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Soporte ventilatorio con presión positiva continua sin respirador en el postoperatorio de cirugía traqueal.** De La Torre CA\*, Hernández F\*, Sanabria P\*\*, Vázquez J\*, Miguel M\*, Barrena S\*, Aguilar R\*, Ramírez M\*, Hernández S\*, Borches D\*\*\*, Lassaletta L\*, Tovar JA\*. \*Departamento de Cirugía Pediátrica, \*\*Servicio de Anestesia y Reanimación Infantil, \*\*\*Servicio de Cirugía Cardíaca Infantil. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La cirugía reconstructiva de la vía aérea conlleva periodos prolongados de intubación postoperatoria que favorecen la aparición de infecciones pulmonares y otras complicaciones. Presentamos un original sistema de soporte ventilatorio con presión positiva continua (SVPPC) empleado en estos pacientes que reduce el tiempo de intubación manteniendo una vía aérea segura.

**Material y métodos.** Estudiamos los pacientes sometidos a cirugía de la vía aérea en 2009. Excluimos aquellos tratados endoscópicamente y los que presentaron anillos vasculares. El sistema empleado fue un diseño original a partir de un circuito respiratorio tipo Mapleson. Este dispositivo proporciona niveles óptimos de soporte ventilatorio mediante presión continua mientras el paciente respira espontáneamente sin necesidad de respirador. Analizamos resultados, tiempo de intubación postoperatorio y tiempo dependiente de SVPPC.

**Resultados.** Se recogieron 7 pacientes (1M y 6V) con mediana de edad de 1,6 años (0,1-7,5 años). Los diagnósticos

fueron: 4 estenosis subglótica, 2 estenosis traqueales y 1 estenosis subcarinal con afectación de ambos bronquios principales. Las técnicas empleadas fueron: laringotraqueoplastia con injerto de cartilago costal (4), traqueoplastia con cartilago costal (1) y traqueoplastia deslizante (2) con broncoplastia bilateral en uno de ellos. El SVPPC consiguió una correcta sincronía paciente-dispositivo. El tiempo de intubación nasotraqueal medio fue de 3(1-6) días, y el nasofaríngeo de 2.3 (1-4). Ningún paciente presentó fracaso en la extubación ni complicaciones.

**Conclusiones.** Este dispositivo consigue una perfecta sincronía con el paciente, permitiendo un destete de la ventilación mecánica precoz con una vía aérea segura y sin complicaciones médicas ni quirúrgicas.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Manejo quirúrgico del síndrome de Poland. Protocolo de actuación. Nuevas estrategias.** Curbelo M\*, Arana E\*\*, Lloret J\*, Barret JP\*\* \*Servicio de Cirugía Pediátrica. \*\*Servicio de Cirugía Plástica Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** El síndrome de Poland es una malformación infrecuente que asocia anomalías torácicas y alteraciones del miembro superior homolateral. La anomalía constante es la agenesia de los fascículos esternocostales del pectoral mayor. Las alteraciones torácicas pueden ser musculares, osteocartilaginosas y cutáneoglandulares. En la mujer aparece una asimetría mamaria por hipoplasia-aplasia mamaria con afectación de la placa areolomamilar. El objetivo consiste en mostrar las nuevas estrategias en el manejo quirúrgico de dicho síndrome.

**Material y métodos.** Presentamos 3 mujeres con edades comprendidas entre 13-16 años. Se realiza evaluación exhaustiva de la malformación mediante exploración clínica y pruebas de imagen. Según el grado de malformación, las alteraciones mamarias se corrigen mediante distintos procedimientos combinados y secuenciales (expansión tisular y prótesis, reconstrucción con colgajo pediculado de dorsal ancho y expansión tisular, relleno graso, etc). Se propone un timing quirúrgico dependiendo de la gravedad de la malformación y de la edad del paciente. Así, en malformaciones leves se indica expansión tisular a los 12-13 años y prótesis postpuberal. Sin embargo, en malformaciones graves se indica reconstrucción con colgajo de dorsal ancho pediculado, colocación de expansor tisular en pubertad y prótesis postpuberal.

**Resultados.** Las pacientes de nuestra casuística refieren un alto grado de satisfacción, con una mejora significativa en la calidad de vida.

**Conclusiones.** La aplicación de técnicas reconstructivas en fases más precoces de lo que hasta ahora se preconizaba parece aportar beneficios importantes. Por un lado, minimiza la afectación psicológica y facilita la integración social y por otro lado, puede disminuir la progresión del síndrome (Anderl).

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Manejo de las lesiones traqueo-bronquiales traumáticas en pacientes pediátricos.** Aspiazu D, Tuduri I, Morcillo J, Jiménez V, Pérez S, De Agustín JC. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Presentar nuestra experiencia en tres casos de lesiones traqueo bronquiales traumáticas y la revisión de la literatura.

**Material y métodos.** Presentamos 3 pacientes tratados de lesiones traqueo bronquiales traumáticas durante los últimos 5 años en nuestro centro.

**Resultados.** Caso 1: Niño de 8 años de edad que tras extracción de cuerpo extraño en bronquio principal derecho presenta enfisema facial, cervical y mediastínico. Tras 9 días de manejo conservador el enfisema remitió y la lesión bronquial sanó espontáneamente.

Caso 2: Lactante de 1 mes de vida que en el postoperatorio de trasposición de grandes vasos presenta disnea e hipoxia tras la extracción de tubo endotraqueal. La fibrobroncoscopia mostró ruptura traqueal subglótica posterior. La intubación endotraqueal sorteando el defecto durante 15 días fue tratamiento suficiente para la cura de éste. Un mes después la tráquea estaba completamente curada.

Caso 3: Niña de 5 años de edad con ruptura iatrogénica de la tráquea tras intubación orotraqueal que desarrolló neumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Tras 15 días de manejo conservador se observó la cura de la lesión.

**Conclusiones.** Luego de la sospecha de las lesiones traqueo-bronquiales traumáticas, éstas fueron confirmadas por fibrobroncoscopia. El tratamiento conservador en estos pacientes fue exitoso. La intubación endotraqueal distal a la lesión traqueal permitió una cura completa del defecto previniendo la fuga de aire a través de éste. La lesión bronquial curó sin necesidad de ventilación mecánica.

La literatura revisada recomienda el tratamiento quirúrgico en los casos de lesiones completas o extensas de las vías aéreas y en las lesiones con diagnóstico tardío.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Tratamiento conservador del pectus carinatum.** Moreno Zegarra C, Fuentes Carretero S, Morante Valverde R, Delgado Muñoz MD, Martí Carrera E, Cano I, Gómez A. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción.** Pectus carinatum (PC) es una deformidad que consiste en la protusión de la pared anterior del tórax. Es 10 veces menos frecuente que el Pectus Excavatum. Es progresivo con el crecimiento y más frecuente en hombres. Se diferencian dos tipos, el inferior o condrocorporal que es el más común, y el superior o condromanubrial. No suele presentar síntomas cardiorespiratorios.

**Objetivo.** Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento ortopédico del Pectus carinatum.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes tratados en nuestro hospital desde el 2002 hasta el 2009. Los

pacientes fueron tratados con observación, ejercicios aeróbicos, modificación postural y/o ortesis de compresión. Se ha realizado la revisión bibliográfica del tratamiento de esta entidad.

**Resultados.** 17 pacientes han sido diagnosticados de PC, el 100% eran varones. Todos fueron tratados de forma conservadora. Sólo 9 utilizaron ortesis de compresión. Se perdió el seguimiento de 2 y otro ha iniciado con la ortesis hace muy poco para obtener resultados. El resto han tenido un excelente resultado con el tratamiento ortopédico. Ninguno ha sido subsidiario de tratamiento quirúrgico

**Conclusiones.** El PC es una patología que la mayoría de las veces se trata de un problema estético, sin repercusión a nivel cardio-respiratorio. Clásicamente ha sido una entidad quirúrgica. En nuestra experiencia hemos encontrado en los métodos ortopédicos una alternativa eficaz, segura y con una importante disminución de la morbilidad. Sin embargo es necesario la colaboración del paciente para que acepten y mantengan una continuidad en el uso de las prótesis.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Tratamiento ortopédico del pectus carinatum: resultados preliminares.** Barceló C, Marhuenda C, Esteve F, Guillén G, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Infantil Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** Tradicionalmente, el tratamiento del pectus carinatum (PC) ha sido quirúrgico realizándose corrección abierta de la deformidad torácica. En los últimos años, se ha demostrado la eficacia del tratamiento conservador ortopédico.

Mostramos nuestra experiencia inicial con el tratamiento ortopédico en estos pacientes.

**Material y métodos.** Durante el último año, los pacientes que presentaban PC importante fueron tratados con corsé, que debía ser llevado durante 23 horas al día para ejercer una presión continua sobre la zona de máxima protusión del PC. Se valora la evolución clínica del PC con un seguimiento a corto plazo (entre 6 meses y 1 año) y el grado de satisfacción de los pacientes con el resultado inicial obtenido.

**Resultados.** 5 pacientes (4 niños y 1 niña) con PC, de edades comprendidas entre los 3,5 y 14 años, fueron tratados mediante corsé. 4 de ellos presentaban un PC simétrico y sólo uno era asimétrico. Ninguno tenía escoliosis asociada.

Todos los pacientes han tolerado muy bien el corsé durante las horas convenidas excepto en un caso que fue llevado menos horas durante los meses de verano. El resultado estético de los pacientes con un seguimiento a corto plazo es satisfactorio, con reducción del PC y mejoría de la morfología de la caja torácica. El grado de satisfacción de los pacientes es alto.

**Conclusiones.** Aunque se trata de resultados preliminares en pocos pacientes, parece que el tratamiento conservador ortopédico del PC supone una muy buena alternativa al tratamiento quirúrgico, ya que es bien tolerado por los pacientes, con mejoría estética significativa y gran satisfacción.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Corrección del pectus excavatum complicado con apoyo de circulación extracorpórea (CEC).** Hernández S, Fernández A, Ramírez M, López S, De la Torre CA, Miguel M, Olivares P, Tovar JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La complicación más grave en la cirugía del pectus excavatum (PE) es la posible perforación cardiaca. Tras la resolución de ésta, es muy probable que la recidiva del PE sea más severa debido a la intensa fibrosis retroesternal que se genera, involucrando estructuras cardiacas y fijándolas al esternón. La reintervención requiere realizar modificaciones de las técnicas habituales y especial monitorización por el riesgo incrementado de lesión cardiaca y de los grandes vasos.

**Material y métodos.** Presentamos 2 pacientes con PE severo e intento de corrección previo con perforación cardiaca: Varón de 16 años con índice de Haller 9, diagnosticado de S. de Ehlers-Danlos e intervenido en periodo neonatal de patología cardiaca y Mujer de 11 años, con antecedentes de hernia diafragmática y perforación cardiaca al introducir la barra de Nuss a los 5 años de vida, con índice de Haller 5,65. En colaboración con el servicio de Cirugía Cardiaca de nuestro hospital se introdujo a los pacientes en CEC y se procedió a esternotomía media y liberación de adherencias cardiacas. Tras ello se introdujo barra de Nuss y se cerró el esternón con hilos de acero reforzados con placas de titanio en parte anterior y posterior.

**Resultados.** Ambos pacientes se recuperaron de forma favorable y con buena tolerancia a la barra.

**Conclusiones.** Aunque los antecedentes de abordaje cardiaco complican la intervención para la corrección del PE, contando con el apoyo de la cirugía cardiaca y CEC logramos un control adecuado y una previsión de las complicaciones.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Cirugía broncoplástica: Tumorectomía en bronquio principal izquierdo en una niña de 5 meses.** De Agustín JC, Morcillo J, Millán A, Tuduri I, Granero R, Pérez Bertólez S. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La extirpación de tumores bronquiales suele requerir la exéresis del parénquima ventilado por el bronquio afecto. En el niño en desarrollo debemos conservar la mayor cantidad posible de parénquima pulmonar. Presentamos la resección completa sin neumonectomía de un tumor en bronquio principal izquierdo.

**Material y métodos.** Caso clínico

**Resultados.** Mujer de 3 meses que acude por hipoventilación izquierda. Sin antecedentes de interés. Primera sospecha broncoscópica de hemangioma que no responde a tratamiento.

TAC: hiperinsuflación del pulmón izquierdo con desviación derecha del mediastino. Tumoraición endo y exobronquial sin características radiológicas de hemangioma. Cirugía: Toracotomía izquierda a los 5 meses de vida. Exposición de la carina mediante disección de aorta, venas pulmonares, nervio vago y laríngeo recurrente además de ligadura del ductus. Se disecan

los dos bronquios principales, evidenciándose una tumoración de 20x15 mm, que se extirpa reseccando el bronquio principal izquierdo en manguito, la carina y parte del bronquio principal derecho. La ventilación se consigue mediante la intubación selectiva del pulmón derecho, realizando las disecciones descritas sobre el tubo endotraqueal, enclavado distalmente en el bronquio. Se realizó una plastia deslizada del bronquio izquierdo para conseguir una anastomosis bronquiobronquiotraqueal, mediante suturas continuas de PDS. Se aplicó protocolo "Fast-Track" extubándose en quirófano, 48 h en UCIP y 72h más en planta. Anatomía patológica: Tumor miofibroblástico inflamatorio. Los controles broncoscópicos posteriores no muestran estenosis ni dehiscencias en la anastomosis. La situación clínica actual de la paciente es excelente.

**Conclusiones.** Presentamos un caso excepcional de cirugía conservadora del parenquima pulmonar con resección de un tumor maligno bronquial y reconstrucción broncoplástica en manguito.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Hernia diafragmática congénita de presentación tardía. A propósito de 13 casos.** Beltrà Picó R, Hernández Castelló C, Gbnoun S, Mogueya SA, Wardak J, Uroz Tristán J. *Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Unidad de Cooperación Internacional del Servicio Canario de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Comunicar una patología poco frecuente en los países desarrollados y que sin embargo tiene una mayor incidencia en los países en vía de desarrollo: la Hernia Diafragmática Congénita (HDC) de aparición tardía.

**Material y métodos.** Casuística: 13 pacientes con edades comprendidas entre 4 meses y 8 años. Tratados quirúrgicamente en el período 2006-2009, en Afganistán, Mauritania, Benin y Las Palmas por presentar HDC de presentación tardía. 11 niños presentaban Bochdalek (5 en el lado derecho, 6 en el izquierdo) y 2 pacientes Morgagni en el lado derecho. 10 casos debutaron con sintomatología moderada y los otros 3, grave.

La sintomatología predominante fue vómitos, disnea y retraso del crecimiento.

La sospecha diagnóstica se estableció mediante radiografía de tórax, siendo confirmada con estudio con bario.

En 10 HDC de Bochdalek se procedió al cierre diafragmático a través de laparotomía y en una por toracoscopia. Las dos HDC de Morgagni mediante laparoscopia.

**Resultados.** Se registró un fallecimiento por broncoaspiración alimenticia. El resto de los pacientes evolucionaron muy satisfactoriamente.

**Conclusiones.** Las HDC de aparición tardía son poco frecuentes. Esta incidencia es superior en países en vía de desarrollo, debido a la menor detección en período neonatal, a la escasa sintomatología que las acompaña y a la insuficiente implantación de controles pediátricos seriados que consiguen detectar los problemas antes que den clínica importante.

Es de esperar que con la colaboración de Organizaciones Internacionales se conseguirá implementar el uso de técnicas endoquirúrgicas que mejorarán aún más las prestaciones y resultados.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Resección toracoscópica del quiste broncogénico.** Barceló, C Marhuenda C, Brun N, Guillén G, Delgado G, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Infantil Vall d Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** El quiste broncogénico es una lesión localizada en mediastino medio o posterior, siendo su tratamiento de elección la resección quirúrgica. Gracias a la introducción de la cirugía mínimamente invasiva, es posible su exéresis por vía toracoscópica. Presentamos nuestra corta experiencia con la resección toracoscópica del quiste broncogénico y los resultados con dicha técnica.

**Material y métodos.** Durante el año 2009, los pacientes diagnosticados de quiste broncogénico han sido intervenidos por vía toracoscópica. En la técnica quirúrgica, se han utilizado 3 trócares de 5 mm, se ha realizado la disección del quiste de las estructuras adyacentes y la exéresis completa del mismo.

**Resultados.** Tres pacientes con quiste broncogénico, de 2, 7 y 12 años de edad han sido intervenidos. Dos pacientes presentaban un quiste broncogénico izquierdo paraórtico de 3 x 3 cm situado en mediastino posterior. En el tercer caso se trataba de una lesión quística mediastínica derecha de 4,5 x 3 cm situada por detrás de la cava superior y por encima de la arteria pulmonar. En todos los casos, se realizó la exéresis toracoscópica completa de la lesión sin incidencias, dejándose drenaje torácico entre 24 y 48 horas.

Los pacientes fueron dados de alta tras la retirada del drenaje. El seguimiento posterior ha sido correcto con radiografías de tórax normales.

**Conclusiones.** La toracoscopia es una buena técnica quirúrgica para la exéresis de lesiones mediastínicas como son los quistes broncogénicos de nuestros casos, aunque, tiene como limitaciones la localización de la lesión y la experiencia del cirujano.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

## COMUNICACIONES ORALES IV: CIRUGÍA GENERAL. DIGESTIVO

- **Cirugía robótica: Primera serie pediátrica en España.** Marhuenda C, Giné C, AsensiMo, Martínez Ibáñez V. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** A pesar de que funcionan varios robots en España, la experiencia en patología pediátrica es escasa, por lo que creemos interesante revisar la primera serie de cirugía robótica

íntegramente pediátrica del país. Queremos también transmitir nuestras impresiones sobre el paso de la laparoscopia convencional a la robótica.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los casos pediátricos intervenidos mediante laparoscopia asistida por el robot da Vinci (Intuitive Surgical) entre Abril de 2009 y Febrero de 2010.

**Resultados.** Se intervinieron 8 pacientes (7 a 15 años), con un peso medio de 42 Kg. (18 a 83 Kg.). Se realizaron 11 procedimientos: salpingo-ooforectomía bilateral (1), herniorrafia inguinal (1), colecistectomía (4), esplenectomía (2), exéresis de masa pancreática (1), funduplicatura (1), suprarrenalectomía (1). Todos los procedimientos, menos 2, se completaron con el robot. Como complicaciones, un sangrado intraoperatorio requirió transfusión y, en el postoperatorio, se produjo una infección de la herida quirúrgica. No hubo conversiones a cirugía abierta.

El tiempo medio de preparación previo a la cirugía fue de 130 minutos. La visión tridimensional y la falta de temblor son las principales ventajas citadas por todos los cirujanos.

**Conclusiones.** La curva de aprendizaje de la cirugía robótica es más corta que la de la laparoscopia convencional. Los cirujanos entrenados en laparoscopia pueden realizar procedimientos complejos desde el inicio. La principal dificultad en pediatría es la planificación correcta de la colocación de los trocáres, por el menor tamaño del campo quirúrgico.

La organización del quirófano es compleja, y el éxito depende de la colaboración estrecha de todos los actores.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Enfermedad de Hirschprung en países en vías de desarrollo. Condicionantes para lograr un correcto tratamiento.** Uroz Tristán J, Beltrà Picó R, Gbnoun S, Mogueya SA; Wardak J, Coleman P. *Unidad de Cooperación Internacional del Servicio Canario de la Salud. Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** 1) Exponer las circunstancias especiales socioeconómicas-sanitarias que concurren en el diseño del tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Hirschprung (EH) en muchos países en vía de desarrollo.

2) Describir los importantes condicionantes que representa para la cirugía definitiva una colostomía frecuentemente mal emplazada.

**Material y métodos.** En el período 2004-2009 hemos tratado a 92 niños afectados de EH en varios países africanos y asiáticos. La edad estuvo comprendida entre 6 meses y 16 años. 74 pacientes eran portadores de una colostomía previa.

El tratamiento definitivo se realizó en un solo tiempo quirúrgico. 49 mediante la técnica de Duhamel-Martin y 43 según el procedimiento de De La Torre-Mondragón. La colostomía, cuando presente, se desmontó y/o cerró en la misma intervención, utilizando esa minilaparotomía como única vía de abordaje para asistir al descenso.

**Resultados.** Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente, excepto una niña que falleció por sepsis a las 72 horas de la cirugía. La estancia media fue de 7 días.

**Conclusiones.** En muchos países en vía de desarrollo la EH es raramente diagnosticada durante el periodo neonatal. Esta tardanza, la dispersión asistencial y la carencia de medios especializados, lleva habitualmente a la realización de una cirugía paliativa, normalmente de urgencia, con colostomías frecuentemente mal emplazadas.

En ellos, reducir la agresión, tiempos, gastos y estancia hospitalaria, es una imperiosa necesidad. Así, la austeridad es norma fundamental para devolver la salud a una mayor parte de la población infantil.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Pseudoobstrucción intestinal crónica idiopática y síndrome de Berdon: todavía un desafío para el cirujano pediátrico.** Andrés AM, Barrena S, Aguilar R, Miguel M, Ramírez M, Hernández F, Martínez L, Lassaletta L, López Santamaría M, Prieto G, Tovar JA. *Cirugía Pediátrica. Hospital La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Revisar nuestros casos de Pseudoobstrucción intestinal crónica (POIC) y Síndrome de Berdon (SB), trarnos motores de difícil diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos.** Se estudiaron retrospectivamente 26 pacientes (8H/18M) con POIC (21) o SB (5) entre 1982-2009 analizando datos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

**Resultados.** El 83% se manifestaron en el periodo neonatal (5 diagnosticados prenatalmente de megavejiga). Se observó distensión abdominal (87%), episodios obstructivos recidivantes (70%) y malnutrición (60%), así como vómitos, diarrea crónica, estreñimiento pertinaz y disfagia. Doce tenían afectación urológica (7 megavejiga, 8 RVU/ectasia); 2 arritmias, 1 sordera, 1 hidrocefalia y 5 malrotación. El estudio radiológico mostró afectación esofágica exclusiva en 1, microcolon en 6, dilataciones segmentarias en 2 y dilatación generalizada en el resto. Se realizó manometría anorrectal en 12 (RIA+), esofágica en 9 (aperistalsis en 4) y antroduodenal en 9 (4 patrón miopático y 5 neuropático). Todas las biopsias rectales (16) y musculares (5) fueron normales; las de pared intestinal completa (18, tras cirugía) demostraron 6 patrones miógenos y 5 neurogenos. Los procinéticos con descontaminación intestinal no bastaron, requiriendo 15 una enterostomía (8 mejoraron), 17 nutrición parenteral (NP) prolongada, 22 cirugía/s y 7 trasplante (4 intestinal aislado, 3 multivisceral). Diecinueve obtuvieron autonomía digestiva. Tras un seguimiento de 7,9 años (5m-17a), 18/23 pacientes viven y sólo 2 con NP domiciliaria. Cinco fallecieron, 2 tras ser trasplantados.

**Conclusiones.** El espectro clínico de la PSOI y el SB es amplio y su diagnóstico complejo pero con tratamientos agresivos es posible una aceptable calidad de vida a largo plazo.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Valoración e indicación de tratamiento quirúrgico mediante pHmetría esofágica.** Enríquez Zarabozo E, Moreno Hurtado C, Blesa Sánchez E, Vargas Muñoz I, Ayuso Velasco R, Amat Valero S. *Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. SES. UEX. Grupo de Investigación en Pediatría PAIDOS (CTS 019). Badajoz.*

**Objetivos.** La pHmetría esofágica es considerada el mejor procedimiento para valorar la intensidad del reflujo gastroesofágico (RGE). En gran medida condiciona su tratamiento. La indicación quirúrgica es cada vez menos frecuente. Nos proponemos conocer en qué medida la pHmetría esofágica ha influido en ella.

**Material y métodos.** Reclutamos los pacientes intervenidos en nuestro Centro desde la introducción de la pHmetría. Comparamos el número de intervenciones antes y después de su utilización. Valoramos manifestaciones clínicas, valores pHmétricos habituales frente a no intervenidos patológicos, patología asociada.

**Resultados.** Muestra: 91 pacientes, 131 estudios pHmétricos (92 prequirúrgicos, 39 controles). Número de intervenciones previas a introducción de pHmetría: 20/año, posteriores: 3,79/año. Sintomatología: digestiva 63,15%, respiratoria 10,52%, mixta 15,78%. 479 pacientes no intervenidos, 666 estudios patológicos. Valores pHmétricos operados/no operados: N° reflujos 18,77±34,64 / 10,08±7,37 (p=0,06), N° reflujos >5 minutos 6,79±8,15 / 2,79±2,66 (p=0,001), reflujo más largo 4,45±5,05 / 2,63±5,49 (p=0,007), DeMeester 54,34±54,93 / 29,49±23,73 (p=0,002). 18 de 92 pHmetrías preoperatorias fueron normales. Patología asociada (encefalopatía, malformaciones digestivas intervenidas, causticación) operados/no operados: 14,47% / 2,61%.

**Conclusiones.** El control pHmétrico de pacientes con RGE y los progresos del tratamiento médico han conducido a una disminución de intervenciones quirúrgicas. En nuestra experiencia, la intensidad del RGE es un parámetro muy valioso para decidir la cirugía. Consideramos de especial valor los parámetros que miden el aclaramiento esofágico y los índices que integran varios de ellos. No obstante, en algunos pacientes sin pHmetría patológica, hemos indicado la operación. El predominio de patología asociada en los operados nos hace ser más exigentes al valorarlos.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Factores pronósticos en un programa pediátrico de Rehabilitación Intestinal.** Andrés AM, Miguel M, Barrera S, Aguilar R, De la Torre C, Hernández F, Leal N, Ramos E, Molina M, Prieto G, López Santamaría M, Tovar JA. *Cirugía Pediátrica. Hospital La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Revisar nuestro programa de Rehabilitación Intestinal y encontrar los factores pronósticos para la supervivencia, adaptación intestinal y necesidad de trasplante.

**Material y métodos.** 113 niños (55V/58M) fueron tratados por fallo intestinal (FI) entre 1997-2009; estudiamos como fac-

tores pronósticos la enfermedad de base, edad al ser referidos, inicio neonatal, hepatopatía, trombosis venosa, enfermedades concomitantes y longitud intestinal.

**Resultados.** 85 tenían intestino corto (75%), 19 presentaban trastornos motores y 9 diarreas intratables. En 94 el FI comenzó en el período neonatal. 101 pacientes venían de otros hospitales (edad mediana 6 meses; 0m-18a); 65 asociaban hepatopatía (24 leve-moderada, 41 avanzada); 14 tenían trombosadas más de 2 venas centrales; 17 presentaban intestino ultracorto y 11 daño neurológico severo. Tras un seguimiento medio de 3.6+3.3 años, 49 se trasplantaron (19 intestino aislado y 30 precisaron también injerto hepático), consiguiendo 37 la autonomía digestiva. 64 no fueron trasplantados y 46 continúan vivos (71%): de éstos, 34 se adaptaron y 12 precisan nutrición parenteral domiciliaria; 18 murieron (edad mediana 12 meses; rango: 4-23m); 14 en lista de espera, y 4 tras contraindicar el trasplante. Los factores pronósticos para adaptación y supervivencia fueron: ausencia de hepatopatía y mayor edad al ser referidos; el inicio neonatal se relacionó con peor supervivencia e intestinos más cortos fueron predictivos de trasplante (p<0,05).

**Conclusiones.** Aunque la gran mayoría de los niños con FI consiguieron adaptación intestinal, la mortalidad permanece alta. La prevención de la enfermedad hepática y la valoración precoz como potencial candidato a trasplante es crucial para evitar consecuencias irreversibles, especialmente en el período neonatal.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Papel de la cirugía en la enfermedad inflamatoria intestinal del paciente pediátrico.** Curbelo M\*, Broto J\*, Giné C\*, Peiró JL\*, Royo G\*, Brun N\* Infante D\*\*, Segarra O\*\*, Lloret J\*. *\*Servicio de Cirugía Pediátrica, \*\*Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La indicaciones quirúrgicas de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), patología poco habitual para el cirujano pediátrico, han aumentado en los últimos años. El objetivo consiste en analizar las indicaciones y técnicas quirúrgicas en la EII pediátrica.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 58 casos pediátricos de EII diagnosticados en nuestro centro (1990-2009). Se describen los protocolos actuales y se analizan las indicaciones de intervención, momento y técnica aplicada para cada grupo de patología.

**Resultados.** Se han diagnosticado 58 casos, 21 colitis ulcerosa (CU) y 37 enfermedad de Crohn (EC). Sólo 3 casos de CU (14,3%) y 10 de EC (27%) precisaron cirugía antes de la edad adulta. El rango de edades en pacientes intervenidos oscila entre los 2 y los 15 años. De los 3 casos de CU, 2 se intervinieron por colitis refractaria al tratamiento médico y uno por absceso perianal. En un caso se realizó colectomía laparoscópica. De los 10 casos de EC, 6 se intervinieron por complicaciones asociadas (abscesos perianal, ileal o fístula entero-vesical) y los restantes por oclusión intestinal, abdomen agudo, retención de cápsula endoscópica y mala respuesta al tratamiento médico.

Sólo en el 22,4% se realizó intervención quirúrgica, siendo más frecuente en la EC. La indicación más frecuente fue la complicación asociada (53,8%).

**Conclusiones.** La cirugía tiene un papel secundario en la EII, ya que en el 77,6% de los casos el tratamiento es médico. La cirugía se indica preferentemente en las complicaciones asociadas y en los casos en que no existe una buena respuesta al tratamiento médico.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Cirugía laparoscópica en pacientes con válvula de derivación ventrículo-peritoneal.** Fuentes S, Cano I, García A, López M, Moreno C, Morante R, Portela E, Benavent MI, Gómez A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Existe controversia en cuanto a la realización de intervenciones laparoscópicas en los pacientes portadores de válvulas de derivación ventrículo peritoneales (VDVP), tanto por la hipotética posibilidad del desarrollo de hipertensión intracraneal durante la cirugía como por la posibilidad de infecciones del sistema. Presentamos nuestros resultados en estos pacientes.

**Material y métodos.** Revisión de casos clínicos y de la literatura.

**Resultados.** Se han realizado 16 intervenciones laparoscópicas en pacientes portadores de VDVP. La indicación más frecuente fue la funduplicatura de Nissen. Durante las intervenciones no se evidenciaron episodios de hipertensión intracraneal. Durante 2 de las cirugías programadas la presencia de líquido tabicado aumentó la complejidad del procedimiento. No hubo complicaciones intraoperatorias. En los seis meses siguientes sólo fue preciso recambiar una de las válvulas en los casos de cirugía limpia.

**Conclusiones.** Según nuestra experiencia la laparoscopia en portadores de VDVP es factible, no aumenta las complicaciones intraoperatorias ni la tasa de infecciones del sistema. Estos niños pueden por tanto beneficiarse de las ventajas de la laparoscopia y sus indicaciones.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Dificultades técnicas del trasplante hepático de donante vivo en niños.** Miguel M, Andrés AM, de la Torre CA, Barrera S, Aguilar R, Ramírez M, Hernández F, Encinas JL, Leal N, Martínez L, Murcia J, Gámez M, López Santamaría M, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Revisar las dificultades técnicas del trasplante hepático de donante vivo pediátrico (THDVP), pues presenta características técnicas peculiares respecto al injerto entero.

**Material y métodos.** Revisamos 83 niños (42V/45M) que recibieron un THDV en nuestro centro (1993-2009). Recogimos datos demográficos, técnica operatoria y supervivencia.

**Resultados.** Las indicaciones principales fueron atresia de vías biliares extrahepática (76,4%) y hepatoblastoma (14%). La edad mediana del receptor/peso/Z-Score fueron 1,9 años (0,5-14,9)/10,4 kg (4,3-61)/-0,77 (-3,73-1,66), respectivamente. El peso de los donantes fue 60 kg (40-105). Los segmentos donados fueron: 70 laterales izquierdos, 15 lóbulos izquierdos y 2 lóbulos derechos. En 84 se realizó una anastomosis arterial término-terminal y en 3 se utilizó un injerto de vena safena anastomosado a la aorta infrarrenal. En 62 casos el diámetro arterial fue <2,5 mm, realizándose la anastomosis mediante microcirugía. 72 injertos presentaron arteria hepática única, 15 doble (5 precisando dos anastomosis y tres anastomosis uno). Once presentaron una vena suprahepática doble. En 6 ocasiones fue necesario realizar una reconstrucción portal (injerto venoso y/o plastia). En 4 niños con hepatoblastoma se reconstruyó la vena cava con injerto yugular. Doce precisaron anastomosis biliar doble. Usamos temporalmente goretex para cerrar la pared abdominal en 29. Seis niños fueron retrasplantados, por trombosis arterial (4), portal (1) y rechazo agudo (1). Veinte pacientes presentaron complicaciones biliares (16 tempranas y 4 tardías), todas resueltas quirúrgicamente o mediante radiología intervencionista. La supervivencia de paciente/injerto a los 1/5/10 años fue 96,6%/95,5%/95,5% y 86%/82,5%/82,5% respectivamente.

**Conclusiones.** El THDVP requiere abordajes técnicos innovadores, los cuales permiten una excelente supervivencia del receptor y del injerto. Sin embargo, la morbilidad perioperatoria es considerable, especialmente las complicaciones biliares.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Kasai laparoscópico versus Kasai abierto en el tratamiento de la atresia biliar.** Mangas L, Vila-Carbó JJ, Ibáñez V, Gómez-Chacón J. *Hospital Universitario Infantil La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** El objeto del presente trabajo es el de demostrar si la intervención de Kasai por vía laparoscópica (KL) ofrece mejores resultados que cuando se realiza por vía abierta (KA).

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo comparando los resultados obtenidos con 19 pacientes consecutivos a los que se les ha realizado KL, con los últimos 19 pacientes, a los que se les realizó KA.

Se recogen variables de la edad en el momento de la intervención, tiempo quirúrgico (TQM), momento del inicio de la alimentación oral (IAO), estancia hospitalaria (EH), necesidad de analgesia (NA), resultado de la intervención (obtención del flujo biliar) según clasificación de van Heurn, necesidad de trasplante, presencia de adherencias, etc.

**Resultados.** El sexo y la edad en el momento de la intervención fue similar para ambos grupos. La obtención de flujo biliar fue de similar en ambas series (84,21%), sin embargo, el TQM fue mayor cuando en el KL, especialmente con los primeros casos. La EH y IAO fueron menores en la serie de KL, sin llegar a tener significación estadística. La necesidad de analgesia postoperatoria que fue mayor para la serie de pacientes de KA, así como la

presencia de adherencias objetivadas durante el trasplante, que fueron mas importantes en la serie de pacientes de KA.

**Conclusiones.** En nuestro estudio el KL presenta los mismos resultados funcionales que el KA, al que se suman las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, menor necesidad de analgesia, reducción de la estancia hospitalaria, etc.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Validación de un score clínico para descartar apendicitis.** Marijuán V, Ibáñez V, Couselo M, Vila JJ, García-Sala C. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** El dolor abdominal es causa frecuente de consulta en urgencias pediátricas. La apendicitis aguda es la primera causa quirúrgica. Kharbanda publicó un artículo para determinar que pacientes tienen bajo riesgo de padecer apendicitis y minimizar la solicitud de pruebas complementarias, obtenía una sensibilidad del 98% para descartar apendicitis. Nuestro objetivo es validar este modelo en nuestro medio.

**Material y métodos.** Entre febrero y julio de 2008 se recogieron pacientes de 3 a 14 años, remitidos con sospecha de apendicitis aguda desde otro centro, que requirieron valoración del cirujano pediátrico. Se consideró test negativo una baja probabilidad de tener apendicitis (neutrofilia en números absolutos <6.750/ $\mu$ L sin náuseas o con náuseas pero sin sensibilidad máxima en cuadrante inferior derecho). El test fue ciego e independiente. El patrón de referencia fue, en operados el estudio anatomopatológico, en no operados seguimiento telefónico. Se ha calculado el rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cocientes de probabilidad).

**Resultados.** Se incluyeron 94 pacientes, 51 varones (54,25%). Edad media 9,1 años, (rango 3,4-13,9). Se intervinieron 30 pacientes (31,9%). Se realizaron 49 ecografías (52%). La RDC fue negativa en 24 casos (25,5%). En este grupo se presentaron 3 apendicitis. Dentro de los 70 pacientes con RDC+ (74,5%) 24 pacientes se diagnosticaron de apendicitis. Al comparar el patrón oro con la RDC obtenemos una S de 88,9%, una E de 31,1%, VPP 34,3%, VPN 87,5%, LR+ 1,29 y LR- 0,35 (IC 95%)

**Conclusiones.** En nuestro medio no es buen método para descartar apendicitis y no disminuye el número de exploraciones complementarias.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

## PRESENTACIÓN ORAL DE PÓSTERS Y VÍDEOS SELECCIONADOS

- **Gastrostomía endoscópica percutánea: evaluación de la técnica y estado nutricional de los pacientes.** Espinosa R, Rodríguez Alarcón García J, Ollero JC, Madruga D\*. *Servicio de Cirugía Pediátrica. \*Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** La introducción de la PEG ha cambiado el manejo de los niños con trastornos alimentarios que precisan soporte nutricional. El objetivo de este trabajo es analizar nuestra experiencia en la colocación de PEG evaluando sus indicaciones, estado nutricional de los pacientes y complicaciones de la técnica.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio clínico retrospectivo de todos los pacientes sometidos a PEG entre los años 1993-2007. Fueron recogidos 92 pacientes analizando los siguientes datos: sexo, patología de base, vía de acceso al inicio para el soporte nutricional, indicación de la gastrostomía, edad al realizar la gastrostomía y edad al finalizar el estudio, complicaciones y parámetros nutricionales antes y después de la intervención.

**Resultados.** La patología de base más frecuente fue la neurológica (42,4%) seguida por la digestiva, fibrosis quística, oncológica y metabopatías.

La indicación principal fue la imposibilidad de ingesta por trastornos deglutorios (54,34%). 32 pacientes (34,8%) presentaron alguna complicación. En total se recogieron 39 complicaciones de las cuales un 10,25% fueron complicaciones mayores y el 89,7% menores. Al comparar los valores antropométricos de los pacientes antes y después de la PEG se observó una mejoría estadísticamente significativa en todos ellos.

**Conclusiones.** 1) La mayoría de los niños que tienen indicación de PEG son pacientes con malnutrición severa que además presentan patologías de base complicadas y en ocasiones múltiples.

2) Las complicaciones menores son frecuentes aunque de fácil manejo y presenta escasas complicaciones importantes.

3) Es una técnica rápida, sencilla y segura que ayuda a mejorar el estado nutricional incluso en pacientes con patologías severas.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Atresias esofágicas long-gap: Resultados de la técnica Foker.** Valdés E, Cortés J, Sanchís G, Gutiérrez C, Vila JJ, Lluna J, García-Sala C. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** El tratamiento de la atresia esofágica tipo A (Gross) long gap (mayor de 3 cm) permanece como reto quirúrgico. Existen varias modalidades de tratamiento: esperar el crecimiento de los bolsones realizando anastomosis primaria diferida o interponer un segmento de otro tramo de tubo digestivo. Presentamos nuestros resultados con la técnica de Foker, que induce un crecimiento acelerado de los bolsones esofágicos mediante tracción externa, permitiendo la anastomosis primaria.

**Material y métodos.** En los últimos dos años se han intervenido tres pacientes clasificados como long gap. Dos mediante toracotomía y uno mediante toracosopia. La distancia entre bolsones era 4, 5, 10 y 12 cm. Se estudia el tiempo de tracción hasta la realización de anastomosis, el manejo nutricional del paciente, las complicaciones inmediatas y a medio plazo.

**Resultados.** El tiempo de tracción mediana 11 días [7,17]. En dos casos se realizó gastrostomía en la intervención prima-

ria (tracción de los bolsones), el otro se manejó con nutrición parenteral. Complicaciones inmediatas fueron en un caso perforación esofágica durante el período de inducción, dehiscencia de la anastomosis y empiema. Todos los casos requirieron dilataciones prolongadas, en dos una técnica antirreflujo, asociado uno a stent intraesofágico.

**Conclusiones.** El crecimiento de los bolsones se consigue en un tiempo inferior a 3 semanas, pero exige dos intervenciones como mínimo.

Eso, unido a que en nuestra pequeña serie todos los pacientes han requerido a medio plazo dilataciones continuadas, y existen dificultades intraoperatorias para la realización de técnica antirreflujo, no supone una preferencia frente a otras técnicas para corrección atresias long gap.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Estudio prospectivo acerca del uso del separador auto-retráctil en la cirugía abdominal pediátrica. Resultados preliminares.** Curbelo M, Peiró JL, Javier Bueno J, Broto J, Giné C, Marhuenda C, Brun N, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** El separador auto-retráctil (SAR) consiste en dos anillos de plástico flexibles conectados por una manga de plástico transparente que permite la separación de la incisión en los 360 grados. Su uso en cirugía del adulto y ginecología se ha extendido recientemente. El objetivo del estudio consiste en evaluar la utilidad de este separador en la cirugía abdominal pediátrica.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en 11 casos pediátricos con patología abdominal en los que se utiliza el SAR, durante el año 2009. La técnica de aplicación consiste en introducir a través de la incisión abdominal el anillo interno que se despliega bajo el peritoneo parietal. La manga de plástico se enrolla sobre el anillo externo hasta obtener la abertura deseada del campo quirúrgico. Se analizan las patologías tratadas, edades de aplicación, detalles técnicos y ventajas/desventajas obtenidas.

**Resultados.** El rango de edad oscila entre los dos días de vida y los 13 años. El dispositivo se utilizó en 7 casos de apendicitis aguda, un teratoma ovárico, una atresia intestinal, una estenosis cólica post-enterocolitis y una colectomía laparoscópica. No se produjo ninguna complicación operatoria debida al uso del dispositivo. Se encontraron ventajas sustanciales por el uso del SAR en todos los casos.

**Conclusiones.** El uso del SAR presenta múltiples ventajas: a través de mínimas incisiones permite extraer masas liberadas por laparoscopia, permite el acceso a toda la cavidad abdominal sin ampliar la incisión, preserva la pared abdominal evitando implantes infeccioso-tumorales, evita lesiones por separadores traumáticos y libera al ayudante para realizar tareas más nobles que la de separar.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Quemadura por combustión de gases en quirófano.** Gómez-Weiras J, Tellado M, Somoza I, García Palacios M, García González M, Molina Vázquez ME, Dargallo T, Caramés J, Pais E, Vela D. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

**Objetivos.** Comunicar una complicación en quirófano.

**Material y métodos.** Presentamos un caso clínico.

**Resultados.** Presentamos un caso clínico, correspondiente a una complicación sufrida durante la cirugía de exéresis de un pilomatrixoma supraciliar izquierdo bajo sedación con ketamina y midazolam y anestesia local con mepivacaína. El paciente, un varón de 9 años sufrió una quemadura de primer grado en la ceja derecha, con combustión de los pelos de la ceja derecha. Que se ocasionó durante una explosión al utilizar el bisturí eléctrico con punta de Colorado, incendiándose el paño quirúrgico y ocasionando la quemadura facial. Relacionamos dicha complicación con el uso de gafas nasales con Oxígeno a un flujo de 3 L/min, que podría haberse acumulado debajo del paño quirúrgico, y que dicho paño no fuese resistente a la combustión. No existía ningún otro material inflamable, y todos los elementos eléctricos se encontraban en buen estado.

**Conclusiones.** Consideramos muy importante comunicar esta complicación por lo infrecuente de su aparición.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Derivación ventricular a vesícula biliar en hidrocefalia arreabsortiva.** Jiménez Crespo, Millán López A, Rivero Garvía M, Aspiazú Salinas D, Morcillo Azcárate J, Tuduri Limousin I, Pérez Bertólez S, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** las complicaciones más frecuentes de las válvulas de derivación ventrículo-peritoneal en pacientes con hidrocefalia son la obstrucción y la incapacidad del peritoneo para reabsorber LCR. Una opción para resolverlas, y debido a la imposibilidad de otra localización, es la válvula en vesícula biliar. La principal misión de la vesícula en la composición de bilis es absorber agua y electrolitos por tanto no tiene problemas para reabsorber LCR.

**Material y métodos.** Revisión bibliográfica a propósito de un caso: paciente de 6 años y 11 meses. AP: Atresia pulmonar con septo íntegro, Glenn bidireccional. Hidrocefalia tratada con válvula de DVP. Criptorquidia bilateral intervenida. Presenta cuadro de dolor abdominal agudo e insuficiencia respiratoria. Se evidencia pseudoquiste mediante ECO, localizado alrededor de remanente de catéter. Debido al empeoramiento clínico se decide nueva intervención quirúrgica recolocando la VDVP mediante vía laparoscópica en vesícula biliar. (17/11/09). Participación de neurocirugía y cirugía pediátrica. Vía laparoscópica, 3 trocares. Se vacía quiste abdominal. Se tuneliza la válvula desde herida subcostal, ECO guiada. Bolsa de tabaco y perforación de vesícula para alojar catéter peritoneal multiperforado (3cm). Punto de anclaje a vesícula. Se dejan 4 cm de catéter intraabdominal-extravesical.

**Resultados.** ECO postquirúrgica: sin hematomas, disminución del tamaño del quiste. Rx postquirúrgica no desconexiones. EVOLUCIÓN clínica favorable.

**Conclusiones.** Queda demostrada la utilidad de la derivación ventrículo-vesicular en el tratamiento de pacientes hidrocefálicos en los cuales las vías usuales no son posibles, ya sea por incompetencia del peritoneo o por enfermedades cardiacas que contraindican la derivación a peritoneo.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Un daño colateral del uso del jarabe de propranolol en el tratamiento de un Hemangioma Infantil.** Girón O, Méndez N, Cabrejos K, Ruiz R, Fernández M, Sánchez JM, Ruiz JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** Presentamos el caso clínico de un paciente de 20 meses con un hemangioma focal en labio inferior que fue tratado ambulatoriamente con solución de propranolol, desarrollando caries en ambos incisivos superiores.

**Material y métodos.** Lactante de 11 meses que acude derivado de la consulta de Atención Primaria por presentar hemangioma focal en labio inferior, sin ulceración ni complicaciones asociadas. En la primera visita se pauta tratamiento con Solución de Propranolol de fórmula magistral, a 2 mg/kg/día. Es importante destacar la ausencia de dentición, al inicio del tratamiento. En los meses posteriores al tratamiento el hemangioma ha ido disminuyendo hasta una involución incompleta. En la última visita, con edad de 20 meses, presenta caries en ambos incisivos superiores, provocada por el excipiente rico en glucosa utilizado para la preparación de la fórmula magistral.

**Resultados.** Desde hace dos años aproximadamente y después de la descripción de su efecto antiproliferativo, el uso de propranolol en solución se está expandiendo rápidamente y está sustituyendo a los corticoides como primera opción farmacológica. Como efectos secundarios puede producir hipoglucemia, hipotensión y crisis de broncoespasmo en pacientes con antecedentes de asma. No hay aún en nuestro país, efectos secundarios asociados al uso de excipientes en la fórmula magistral de solución de Propranolol.

**Conclusiones.** Se debe hacer notar que concentraciones de glucosa elevadas en la preparación de dicha fórmula, deben ser evitadas para no ocasionar lesiones en la dentición futura de los lactantes tratados por Hemangiomas Infantiles.

*Forma de presentación: Poster.*

- **¡Anda, pues es cierto! La linfografía espermática con colorante es eficaz.** Ayuso-González L, Pérez-Martínez A, Pison Chacón J, Martínez Bermejo MA, Conde-Cortes J, Saez-de-Ibarra-Pérez A. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción.** La preservación de los vasos linfáticos en la cirugía del varicocele idiopático del adolescente es un objetivo

deseable para evitar la formación de linfocelos postoperatorios que, a menudo, no remiten espontáneamente y deben ser intervenidos.

**Objetivo.** Decidir que técnica de linfografía preoperatoria es mejor para visualizar y preservar los vasos linfáticos durante la cirugía del varicocele.

**Material y métodos.** Bajo anestesia general se realiza inyección preoperatoria (20 minutos antes de la incisión) de 0,2-0,3 ml de azul de metileno intratesticular en unos enfermos o inyección de 2 ml de Lymphazurin 2,5% (azul patente) intravaginal en otros de forma randomizada. En todos ellos se realizó un masaje escrotal tras la inyección.

**Resultados.** Tanto con una técnica como en otra la tinción de los linfáticos es evidente y suficiente para su identificación durante el procedimiento laparoscópico. La inyección de colorante intratesticular podría producir lesiones parenquimatosas según algunos autores. La inyección de colorante en la vaginal produce una coloración azulada del escroto y micciones de color azul en el postoperatorio que deben ser advertidas a la familia.

**Conclusiones.** Como demostramos a través de las imágenes presentadas, la linfografía espermática con cualquier colorante de los ensayados es muy satisfactoria, siendo probablemente la obtenida con Lymphazurin intravaginal la menos agresiva.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Cirugía mínimamente invasiva para la exéresis de quistes dermoides.** García Palacios M, Molina E, Gómez Veiras J, García González M, Tellado M, Somoza I, Caramés J, Dargallo T, Pais E, Vela D. *Hospital Materno Infantil. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** Los quistes dermoides son quistes congénitos recubiertos por piel formados por estructuras pilosebáceas maduras en su interior. A región anatómica que se afecta de forma más frecuente es la cabeza y el cuello. Su tratamiento es quirúrgico mediante su exéresis ya que tienden a crecer, romperse e infectarse.

**Material y métodos.** Hemos puesto en práctica esta técnica mínimamente invasiva durante el último año 2009 realizándola en un total de 33 pacientes. Con el paciente bajo sedación se realiza un punch de 3 mm con un trócar percutáneo de biopsia sobre el quiste. A través de ese mínimo abordaje se extirpa el resto de la lesión con la cápsula que lo envuelve. La incisión realizada se sutura con un único punto de material reabsorbible.

**Resultados.** Los pacientes son dados de alta hospitalaria en las siguientes horas postoperatorias. Durante el seguimiento no se ha observado ninguna recidiva. Las cicatrices debido a su mínimo tamaño son prácticamente inapreciables, siendo el resultado estético en todos ellos muy bueno.

**Conclusiones.** Esta técnica permite un abordaje mínimamente invasivo, se evita de esta manera incisiones de mayor tamaño con resultados estéticos menos satisfactorios. Esto es importante tenerlo en cuenta ya que la localización de estas lesiones es mayoritaria en zonas de riesgo estético.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Toracotomía de baja agresividad (*muscle-sparing*) en niños.** Uroz Tristán J, Beltrà Picó R, Wardak J, Benoun SG. *Unidad de Cooperación Internacional del Servicio Canario de la Salud. Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Presentar nuestra amplia y variada casuística en cirugía torácica infantil por medio de un acceso postero-lateral, a través del denominado “triángulo de la auscultación, sin seccionar ninguno de los grandes músculos de la pared torácica. Así se conservan íntegros, al igual que su función, los músculos serrato anterior y latissimus dorsal. Con esta incisión se consigue una excelente exposición de la cavidad torácica y nos permite realizar variadas intervenciones quirúrgicas.

**Material y métodos.** En los últimos 5 años hemos intervenido quirúrgicamente a un total de 74 niños, desde recién nacidos a escolares, a través de toracotomía postero-lateral conservadora de los músculos (“muscle-sparing”), en diversos hospitales de África Occidental y Afganistán: 42 por Atresia esofágica, 4 por Enfisema lobar congénito, 20 por Quistes pulmonares u otras masas y 8 por Empiema.

**Resultados.** Todos los procedimientos quirúrgicos se pudieron llevar a cabo con facilidad y excelentes resultados.

**Conclusiones.** La toracotomía de baja agresividad es fácil de realizar prestando la debida atención a la anatomía de la pared torácica. Tiene las ventajas de producir poca alteración anatómica y trauma mínimo a los grandes músculos de la pared torácica. Por ello, es muy probable que se asocie con menos dolor postoperatorio y, posiblemente, con una mejor función respiratoria. Igualmente evita al niño problemas ortopédicos como la escoliosis.

Todo ello justifica y hace aconsejable el uso de esta incisión, que conserva la integridad de los músculos torácicos.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Esquistosomiasis vesical. Primera opción diagnóstica ante hematuria terminal en paciente africano.** Calleja Aguayo E, Miguel Ruiz C\*, Delgado Alvira R, Marne Traperó C\*, Gracia Romero J. *Sección Urología. Servicio de Cirugía Pediátrica y \*Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** La esquistosomiasis vesical por *Schistosoma haematobium* es una enfermedad infecciosa de importante prevalencia en países africanos. La hematuria terminal es el signo clínico más representativo de esta enfermedad y hay que tenerla presente en pacientes de origen africano con hematuria.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un niño de 4 años procedente de Mali, con historia de hematuria terminal intermitente en forma de gotas de 4 meses de evolución sin otros antecedentes acompañantes. La ecografía reveló una lesión en pared vesical y se realizó una cistoscopia visualizando una zona blanquecina con vascularización aumentada de la que se tomó biop-

sia. El diagnóstico anatomopatológico fue de esquistosomiasis vesical que se confirmó con la presencia de huevos de *Schistosoma haematobium* en el estudio de orina.

**Resultados.** Hemos encontrado 34 pacientes diagnosticados de esquistosomiasis vesical con confirmación microbiológica en los últimos 10 años en nuestro centro. En edad pediátrica hemos revisado 10 casos (29%) los cuales el 100% eran varones y de origen subsahariano.

**Conclusiones.** La epidemiología y la hematuria terminal intermitente en paciente de origen africano nos debe hacer sospechar una esquistosomiasis vesical como primera opción diagnóstica. Por tanto, ante su sospecha debemos descartarla con el estudio microbiológico de orina de último chorro de micción recogida al mediodía o de orina 24 horas. Al ser una prueba rápida, no invasiva y con alta rentabilidad diagnóstica puede evitar la realización de otras exploraciones más invasivas para el paciente pediátrico.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Prevención de la fístula traqueoesofágica recurrente en intervenidos por atresia de esófago.** Cortés J, Valdés E, Sanchís, G, Gutiérrez, C, Lluna, J, Roca, A, García-Sala, C. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** A pesar de los avances en el manejo de la atresia de esófago con fístula, la fístula traqueoesofágica recurrente (FTER) es una de las complicaciones más temidas. En los últimos años hemos avanzado en la prevención y tratamiento de esta complicación. Presentamos nuestros últimos 21 pacientes intervenidos.

**Material y métodos.** Hemos practicado una valoración retrospectiva del resultado de la ligadura de la fístula traqueoesofágica (FTE) en los últimos 21 pacientes con atresia de esófago tipo C de Gross intervenidos en nuestro centro, correspondientes a los últimos 4 años. Para la ligadura de la FTE utilizamos sutura de ácido poliglicólico 5/0 asociado a 2 endoclips de titanio y adhesivo de fibrina.

**Resultados.** De los 21 pacientes revisados, en 20 (95,2%) se demostró el cierre primario de la fístula. Un solo caso (4,8%) presentó FTER al 31 día postquirúrgico, coincidiendo con una dilatación endoscópica de la estenosis esofágica.

Como hipótesis a nuestro caso de complicación se ha planteado que en el momento de la intervención se ligó en situación baja la fístula, quedando un muñón fistuloso en la tráquea que pudo ser dañado con el tubo endotraqueal previo a la dilatación.

**Conclusiones.** El clip metálico y la aplicación de adhesivo de fibrina asociados a la ligadura de la fístula parece un método seguro para el tratamiento de estos pacientes.

Es de gran importancia la correcta localización de la FTE, ligando ésta lo más proximal posible para evitar complicaciones derivadas de un posible muñón fistuloso, el cual con maniobras de intubación posteriores puede favorecer la refistulización.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Innovación en la reconstrucción mandibular primaria: utilización de aloinjerto óseo mandibular y colgajo de periostio de peroné vascularizado.** Madai Curbelo M, Juan Antonio García-Vaquero JA, Francesc Soldado F\*, Nuria Brun N, Gloria Royo G, Josep Lloret J. *Servicio de Cirugía Maxilofacial Pediátrica. \*Servicio de Ortopedia Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Las grandes resecciones mandibulares constituyen un problema en la cirugía reconstructiva debido a las secuelas funcionales y estéticas. La reconstrucción mandibular mediante colgajos microquirúrgicos mejora la calidad de vida. El colgajo de elección en edad pediátrica es el de peroné vascularizado siendo el resultado estético-funcional el principal inconveniente.

Proponer el uso combinado del aloinjerto mandibular de cadáver y colgajo de periostio vascularizado de peroné autólogo como tratamiento en la reconstrucción mandibular primaria para optimizar los resultados estético-funcionales. Presentamos el primer caso de estas características.

**Material y métodos.** Paciente de 10 años con Sarcoma de Ewing que afecta a rama horizontal derecha hasta ángulo mandibular. Tras la quimioterapia, se programa para resección tumoral y reconstrucción primaria. En el planning preoperatorio se determinan las dimensiones del segmento a resecar para localizar un aloinjerto de mandíbula de cadáver con características similares. Vía endobucal se realiza hemimandibulectomía derecha, sustitución con aloinjerto y fijación con placas de titanio. Se obtiene periostio peroneal izquierdo con islote cutáneo, incluyendo los vasos peroneales. Se coloca el periostio sobre la parte inferior del aloinjerto y se sutura a mucosa. Se realiza anastomosis vascular microquirúrgica de vasos peroneales a vasos faciales mediante cervicotomía lateral.

**Resultados.** Los estudios radiológicos muestran consolidación del aloinjerto a las 4 semanas. La paciente evoluciona favorablemente 8 meses después de la cirugía, con un resultado estético-funcional excelente.

**Conclusiones.** El aloinjerto mandibular de cadáver de dimensiones adecuadas combinado con colgajo de periostio de peroné vascularizado es una técnica que optimiza los resultados estético-funcionales en la reconstrucción mandibular en la edad pediátrica.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Isquemia mesentérica. Caso clínico.** Benito A, Sammartino F, Mendieta N, Lombardich L, González D. *Hospital Humberto Notti. Mendoza, Argentina.*

**Objetivos.** La isquemia intestinal es el cuadro clínico que surge cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico resulta insuficiente para suplir los requerimientos del intestino. Su mortalidad oscila entre 60-70%. El siguiente caso corresponde a un paciente con diagnóstico de ingreso de dolor abdominal recurrente donde interviene nuestro servicio como interconsultor durante su internación

**Material y métodos.** Se presenta el caso de un paciente de sexo Femenino, de 2 años y 4 meses de edad. Que refiere dolor abdominal intenso, hiporexia, pérdida de peso de más de tres meses de evolución. Se le practicaron estudios de laboratorio e imágenes sin encontrar la causa de su patología. Se realiza laparotomía exploradora en blanco. Once días después sufre una descompensación hemodinámica. Se le realiza laparotomía exploradora encontrándose isquemia intestinal del territorio mesentérico. Comienza tratamiento anticoagulante y 24 horas después se realiza second look encontrando avanzada necrosis. Diez horas más tarde se produce el óbito de la paciente.

**Resultados.** Nuestro paciente presenta clínica compatible con trombosis de la arteria mesentérica superior, es habitual que se presente tras historia de isquemia intestinal de meses de evolución. Para el diagnóstico el goldstandart es la arteriografía. En cuanto al tratamiento se debe evaluar, según el paciente, el cateterismo arterial percutáneo o tratamiento quirúrgico

**Conclusiones.** En nuestro caso al ser un hallazgo intraoperatorio se decidió intentar la revascularización y un second look a las 24hs. Lamentablemente se produjo el óbito y por esto creemos que es de gran importancia la alta sospecha clínica para llegar a un diagnóstico precoz.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Displasia melánica severa vs melanoma in situ en nevus congénito.** Gómez Farpón A\*, Ruiz López N, Robla Costales D, Gutiérrez Villanueva M, Martín Muñoz C, González Sarasúa J. *\*Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Conocer la indicación de realización de pruebas diagnósticas y tratamientos complementarios en el nevus congénito.

**Material y métodos.** Describir la presentación, evolución y tratamiento de una paciente con nevus congénito diagnosticada de displasia melánica severa vs melanoma in situ.

**Resultados.** Se presenta el caso de una niña de 2 años de edad que acudió a nuestra consulta por un nevus congénito de 6 x 3 cm en la cara interna del tercio distal del muslo izquierdo. Dada la falta de sospecha de malignidad, se decidió resección quirúrgica con margen mínimo (1 mm), siendo necesario una cirugía en 2 tiempos debido a la imposibilidad de cierre directo, realizando resección inicial de la mitad superior de la lesión. El estudio anatomopatológico puso en evidencia una displasia melánica severa vs melanoma in situ, practicando en el segundo tiempo quirúrgico una exéresis de la lesión residual con 0,5 cm de margen y ampliación de las márgenes de la cicatriz previa. Se realiza revisión bibliográfica para establecer márgenes quirúrgicos en el tratamiento del melanoma en la infancia así como la indicación de la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos complementarios.

**Conclusiones.** El riesgo global de degeneración de un nevus congénito en melanoma maligno es 0.7%. A pesar del bajo porcen-

taje en la edad pediátrica, debe de hacerse un seguimiento por personal cualificado de los pacientes con esta patología, con el fin de identificar precozmente aquellas lesiones subsidiarias de estudio.

*Forma de presentación: Poster.*

- **La necesidad del screenig del carcinoma familiar del tiroides en los pacientes con enfermedad de Hirschsprung.** Fanjul M, Cerdá J, Molina E, Corona C, Tardáguila A, Cañizo A, Parente A, Peláez D. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una patología frecuente en la edad pediátrica con una incidencia entre 1:1.500/7.000 recién nacidos vivos. Su relación con la presencia de mutaciones en las líneas germinales el oncogén RET del cromosoma 10 está bien establecida. Mutaciones en el mismo oncogén son las responsables del desarrollo del carcinoma medular de tiroides (CMT) cuyo único tratamiento curativo depende de un diagnóstico genético precoz. Así, a pesar de que sabemos que el 2.5-5% de los pacientes con EH padecerán en el futuro CMT, no está establecida en la práctica médica habitual el despistaje del CMT en los niños con EH.

**Material y métodos.** Niña diagnosticada de enfermedad de Hirschsprung con afectación recto-sigmoidea a los 2 años, que se intervino a los 3 años sin incidencias. A los 16 años presenta clínica de astenia y dolor de espalda.

**Resultados.** El estudio diagnóstico reveló la presencia de un carcinoma medular de tiroides metastático, no susceptible de intervención quirúrgica, y un feocromocitoma derecho. El estudio genético confirma la existencia de una mutación en el proto-oncogén RET. Actualmente se encuentra en tratamiento paliativo con inhibidores de la tirosin-quinasa sin posibilidad de resección quirúrgica y curación.

**Conclusiones.** El único tratamiento curativo del CMT es la tiroidectomía profiláctica tras la detección precoz de mutaciones en el oncogén RET. Debido a su asociación ya demostrada con la EH y, dadas sus implicaciones legales y pronósticas, planteamos la necesidad de la inclusión del screening sistemático del oncogén RET en el manejo de pacientes con EH.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Aportación al tratamiento quirúrgico y manejo de una fisura labial media.** Coloma R, Parri FJ, Palazón P, Saura L, Leal R. *Servicios de \*Pediatria y \*\*Cirugía. Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universitat de Barcelona. Esplugs del Llobregat. Barcelona.*

**Objetivos.** La fisura labial media es una malformación facial muy poco frecuente (1/10000 RN). Incluso para las unidades especializadas en fisurados el manejo de este tipo de pacientes es de excepción.

**Caso Clínico.** Varón afecto de fisura labial central completa con ausencia de premaxila y columela, RNM cerebral normal.

**Tratamiento.** Primer tiempo: a los 11 meses de vida. Intubación nasotraqueal con fibroscopio, bajo anestesia general se realiza colgajo vascularizado de labio inferior tipo Abbe modificado, con prolongación para reconstruir la columela. No se practicó traqueostomía. Además se realiza fijación intermaxilar con tornillos transmucosos y bandas elásticas. Extubación a las 48 horas. Permanece ingresado durante 15 días en la unidad de cuidados intermedios, con presencia permanente de los padres y alimentación enteral con sonda nasogástrica. Segundo tiempo: sección del pedículo bajo sedación y anestesia local.

**Resultados.** En nuestro caso han sido positivas una pequeña modificación en el diseño, y el manejo médico sin traqueostomía, pero con vigilancia intensiva. No hemos encontrado utilidad a la fijación intermaxilar.

**Conclusiones.** El escaso número de casos con esta malformación no permite adquirir experiencia suficiente por lo que es muy importante comunicar la propia. El paciente seguirá correcciones sucesivas de su labio, nariz y tercio medio facial.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Isquemia de glande tras circuncisión con bloqueo dorsal del pene.** Tirado Pascual M, Ruiz Catena MJ, Argos Rodríguez MD, Pérez Rodríguez J, García Mérida M, Galiano Duro E. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** La circuncisión es una intervención quirúrgica frecuente en la edad pediátrica y presenta un bajo índice de complicaciones. La isquemia de glande es una rara complicación que puede tener causas quirúrgicas (hematoma, ligadura de vasos, anillo prepucial estrecho) o puede estar provocada por el bloqueo dorsal del pene mediante diversos mecanismos: vasoespasmo, obstrucción vascular secundaria al efecto masa de la solución anestésica o hematoma en el lugar de punción.

**Material y métodos.** Presentamos el caso clínico de un varón de 3 años al que se realizó una circuncisión bajo anestesia general y con bloqueo dorsal del pene (doble inyección a ambos lados de la línea media con bupivacaína sin vasoconstrictor) sin incidencias. A las 6 horas de la intervención, el personal de enfermería avisó por llanto y coloración oscura del glande. La diuresis era normal. El glande presentaba una coloración violácea oscura salvo a la altura del surco balanoprepucial, donde estaba más rosado.

**Resultados.** Se decidió el ingreso del paciente con tratamiento anticoagulante (bemivaparina subcutánea 175 unidades/kg/24 h) y vasodilatador periférico (pentoxifilina 10 mg/kg/24 h en 4 dosis). Tras la recuperación progresiva de la coloración del glande, fue dado de alta al 4º día postoperatorio con pentoxifilina y ácido acetilsalicílico.

**Conclusiones.** La isquemia de glande es una rara pero importante complicación que precisa un tratamiento precoz. Las opciones terapéuticas recomendadas en la literatura son el uso de vasodilatadores periféricos (pentoxifilina) o el bloqueo caudal para reducir el tono simpático y mejorar el aporte arterial. En nuestro caso, el tratamiento con pentoxifilina y heparina fue satisfactorio.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Carcinoma cutáneo escamoso invasivo en una niña albina.** Bento L<sup>1</sup>, Cañizo A<sup>2</sup>, Fanjul M<sup>3</sup>, González-Meli B<sup>3</sup>, De Tomas E<sup>3</sup>, Lasso JM<sup>4</sup>, Escola B<sup>5</sup>, Santos A<sup>6</sup>, Beléndez C<sup>7</sup>. <sup>1</sup>Servicio Hematología, <sup>2</sup>S<sup>o</sup> Cirugía Pediátrica, <sup>3</sup>S<sup>o</sup> Cirugía Plástica Pediátrica, <sup>4</sup>S<sup>o</sup> Cirugía Plástica, <sup>5</sup>S<sup>o</sup> Otorrinolaringología, <sup>6</sup>S<sup>o</sup> Radioterapia, <sup>7</sup>S<sup>o</sup> Oncología Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** El carcinoma cutáneo epidermoide es muy poco frecuente en la edad pediátrica. Suele asociarse a factores predisponentes como la radioterapia, albinismo y otras genodermatosis; por su rareza y edad temprana, presentamos esta paciente tratada en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Niña de 15 años, raza negra, albina, derivada desde un hospital africano con diagnóstico de carcinoma epidermoide de cuero cabelludo de 6 años de evolución. A su ingreso, presenta una extensa neoformación ulcerada e infectada, que destruye parcialmente hueso occipital y temporal izquierdo, ocupa los espacios temporal, masticador, cervical posterior, parotídeo, parafaríngeo y submandibular izquierdos, y se extiende por el cuello infiltrando el esternocleidomastoideo y la pared del seno sigmoideo. Estadio III (T4 N0M0). Ante la imposibilidad de llevar a cabo una cirugía radical en ese momento, se decide tratamiento con Radioterapia, Cisplatino sensibilizante y desbridamiento y cura de la herida, seguido de Cisplatino intraarterial (4 ciclos). Tras una buena respuesta con reducción del tamaño tumoral, se realiza cirugía radical con exéresis quirúrgica completa, vaciamiento ganglionar, parotidectomía, petrectomía y reconstrucción con colgajo libre de recto abdominal.

**Resultados.** El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Tras año y medio se encuentra libre de enfermedad y realiza rehabilitación de sus secuelas por parálisis facial y afectación de la fonación y deglución, con una notable mejoría.

**Conclusiones.** El carcinoma epidermoide se trata de una tumoración de rara presentación en la edad pediátrica. Requiere un diagnóstico muy precoz para evitar su extensión. El tratamiento óptimo debe ser multidisciplinar incluyendo cirugía radical, quimioterapia y radioterapia.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Abordaje anterior de la hendidura laringo-traqueo-esofágica.** Fanjul M, Matute JA, García-Casillas MA, Corona C, Tardáguila A, Encinas A\*, Barrientos G\*\*. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. \*Hospital General de Alicante. \*\*Hospital de Virgen de la Candelaria. Tenerife.

**Objetivos.** La hendidura laringo-traqueo-esofágica (HLTE) es una patología congénita extremadamente infrecuente caracterizada por una comunicación en línea media entre el esófago y la vía aérea.

Presentamos nuestra experiencia y resultados con el abordaje cervical anterior.

**Material y métodos.** Entre 1999 y 2010 hemos diagnosticado 3 casos de HLTE (tipos I, II y III). Presentamos los casos

de dos RN de 2 semanas de vida derivados a nuestro centro por sospecha de HLTE tipo III y II respectivamente. A su ingreso se confirma el diagnóstico mediante fibrobroncoscopia. No otras anomalías asociadas. Se realiza reconstrucción anatómica en doble plano mediante abordaje cervical anterior. En la tipo III bajo circulación extracorpórea y en la tipo II con ventilación mecánica convencional. En el primer caso se realiza Nissen y gastrostomía al mes de la intervención y en el 2º caso se realiza gastrostomía en el mismo momento de la cirugía.

**Resultados.** Extubación al 6º y 5º día postoperatorio respectivamente. Laringo-traqueomalacia moderada en el postoperatorio que se maneja con ventilación con presión positiva. El primer caso presenta a los 5 años de seguimiento mínimo estridor ocasional, con función laríngea y esofágica normal. El segundo caso está pendiente de retirar la CPAP.

**Conclusiones.** El diagnóstico de la HLTE requiere un alto índice de sospecha y se confirma mediante broncoscopia. El tratamiento debe ser precoz para evitar la broncoaspiración y sus complicaciones. El abordaje cervical anterior ofrece muy buen acceso quirúrgico con mejor control de estructuras nerviosas. El control del reflujo gastro-esofágico en el postoperatorio es fundamental.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Fístula arteriouretral de la arteria pudenda interna tras traumatismo perineal.** Brun N, Asensio M, Molino JA, Barceló C, Royo G, Sánchez B, Martín JA, Piró C. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** La presencia de uretrorragia después de un traumatismo perineal está asociado a lesiones vesicales y uretrales. La presencia de fístula arteriouretral es una complicación rara.

**Material y métodos.** Reportamos el caso de un paciente de 15 años que sufrió un traumatismo perineal presentando una lesión de la cara posterior de la uretra membranosa y una fístula arteriouretral de la arteria pudenda interna.

**Resultados.** Paciente de 15 años de edad que presentó uretrorragia posterior a un traumatismo perineal. Se realizó uretrografía retrógrada evidenciando salida de contraste de cara posterior de uretra. Se colocó cistofix que luego se cambió por sonda vesical y se dejó 15 días, presentando durante este periodo hematuria sin alteración hemodinámica. Posteriormente se realizó cistografía sin alteraciones. Al retirar la sonda presentó una uretrorragia con descenso del hematocrito requiriendo transfusión de hemáties. En ecografía se halló imagen sonolucida con latido y con doppler; un pseudoaneurisma parauretral, debido a nuevos requerimientos de hemoderivados se realizó arteriografía y embolización.

A los 20 días dada la persistencia de hematuria se procedió a nueva arteriografía observando mínimo sangrado a nivel de neovascularización terminal de la arteria pudenda interna, y se realiza nueva embolización con coils. Posteriormente el paciente se ha mantenido estable, sin hematuria ni disfunción eréctil.

**Conclusiones.** La presencia de una fístula arteriouretral es una complicación rara, se manifiestan más frecuentemente con priapismo.

La uretrorragia mantenida después de un traumatismo perineal puede ser debida a una lesión arterial que ha fistulizado a la luz de la uretra y la embolización es la técnica diagnóstica y terapéutica.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Leiomioma vaginal. Cirugía por vía sagital posterior.** Pisón-Chacón J, Ayuso-González L, Martínez-Bermejo MA, Conde-Cortés J, Bento-Bravo L. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Objetivos.** Las tumoraciones vaginales de estirpe maligna son muy poco frecuentes en la edad pediátrica. Por ello y por el procedimiento quirúrgico llevado a cabo para su resolución, creemos de mucho interés la presentación de este caso clínico.

**Caso clínico.** Paciente de 15 años, raza oriental, derivada de Ginecología por presentar una tumoración que ocupa gran parte de la cavidad vaginal hasta 5-10 centímetros del cuello uterino. La biopsia viene informada como leiomioma mixoide. La analítica no revela elevación de marcadores tumorales ni hallazgos de interés. Las imágenes de RM, TAC toraco-abdomino-pélvico y gammagrafía, sitúan el tumor en la cara vaginal anterior y descartan enfermedad metastásica.

**Resultados.** Dado el volumen del tumor (1550gr), la única vía quirúrgica posible para su radical extirpación, es la sagital posterior. La operación se lleva a cabo sin complicaciones, con extirpación completa del tumor sin afectación de márgenes quirúrgicos. El informe anatomopatológico fue de leiomioma mixoide. El comité de tumores, decide tratamiento quimioterápico según protocolos vigentes, durante 4 semanas. La evolución posterior, dos años después de la cirugía, ha sido completamente favorable con una función normal del complejo esfinteriano.

**Comentarios.** De los tumores mesenquimales no rhabdomiomas, el leiomioma vaginal es de rara presentación en pediatría. El diagnóstico precoz en una paciente tan joven, es muy difícil, por lo que siempre nos encontramos con una tumoración de gran volumen que obliga a la vía quirúrgica descrita para su extirpación. A pesar de una cirugía completa, se recomienda una quimioterapia, dado el grado de malignidad tumoral.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Braquiterapia como terapia adyuvante a la cirugía y quimioterapia en sarcomas. A propósito de 2 casos.** Palazón P, Corradini M, Vancells M, Carrasco R, Rodó J, Cáceres F, Miguélez C, Ribó JM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Servicio de Radioterapia. Institut Català Oncologia.*

**Objetivos.** Desde los años 90, se utiliza en pacientes pediátricos la braquiterapia como tratamiento adyuvante a la cirugía y quimioterapia en algunos tipos de sarcomas. La braquiterapia es útil para evitar cirugías radicales así como para reducir los

efectos adversos de una radioterapia externa. Presentamos dos casos de sarcomas tratados con braquiterapia adyuvante.

**Casos clínicos.** Caso 1. Paciente de 10 meses con masa perianal izquierda de 3x4 cm. Se realiza exéresis de la tumoración. La anatomía patológica muestra: sarcoma de Ewing. Estudio de extensión negativo. Se inicia protocolo MSKCC 90-62A de quimioterapia en 5 ciclos. Se colocan sondas de braquiterapia. El paciente recibe una dosis total de 24Gy dividido en 8 fracciones.

Caso 2. Paciente de 2 años con masa suprapúbica descubierta a raíz de un síndrome miccional. En el estudio de imagen: masa intravesical de 48x43x66mm. Estudio de extensión negativo. Se realiza exéresis parcial de la masa. La anatomía patológica muestra: rhabdomioma embrionario tipo botriodes. Se inicia protocolo MSKCC03-099A de quimioterapia. A los 3 meses se realiza exéresis de restos tumorales y colocación parauretral de dos sondas de braquiterapia. El paciente recibe una dosis total de 40Gy en 10 fracciones.

**Resultados.** El caso 1 se encuentra actualmente en remisión y sin secuelas detectables. En el caso 2, la funcionalidad miccional es correcta y se encuentra en seguimiento evolutivo.

**Conclusiones.** La braquiterapia, también en niños, es un adyuvante eficaz a los tratamientos convencionales. Evita cirugías radicales como puede ser una cistectomía (caso 2) y las posibles secuelas sistémicas de la radioterapia externa.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Alternativa útil frente a Tumor Miofibroblástico Inflamatorio de comportamiento no habitual.** Perez Etchepare E, Barrientos G, Antón L, Gómez M, Gómez Sirvent J, Tracchia R. *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** El tumor miofibroblástico inflamatorio se caracteriza por un crecimiento anormal de células inflamatorias. Habitualmente aparece como una lesión única, bien definida, raramente con lesiones a distancia, y la resección completa es el tratamiento estándar

**Caso Clínico.** Paciente de 5 años de edad, que consulta por tos productiva de 4 meses de evolución, asociado a hipoventilación en hemitórax izquierdo. Se visualizaba imagen radiográfica condensada basal izquierda, que borra la silueta cardíaca, con una calcificación en su interior. Descartadas causas infecciosas, la tomografía agregó una imagen de nódulo extrapleural derecho, sin lesiones a distancia. La PAAF identificó lesión epitelial proliferativa de baja agresividad citológica, pero proliferante. Se realizó neumonectomía izquierda, excéresis de nódulo pulmonar derecho y toilette pleural derecha. El diagnóstico anatomopatológico fue Tumor Miofibroblástico Inflamatorio. Persistió sin tratamiento médico. Al control 1 mes postoperatorio se visualizaban múltiples nódulos cerebrales, 2 imágenes nodulares en pulmón derecho, otra pleural derecha, y otras 2 imágenes nodulares en páncreas. Se extirparon las lesiones cerebrales y se comenzó con quimioterapia V.A.C.

**Resultados.** Al control parcial a los 4 meses de postoperatorio, no se observan nuevas lesiones cerebrales, las imágenes

torácicas persisten sin cambios y se observa una disminución notable del tamaño de las lesiones pancreáticas.

**Conclusiones.** Si bien el tratamiento indicado es la resección completa, en el seguimiento parcial el esquema VAC mostró ser una alternativa útil en pacientes con lesiones de difícil resección o que la misma ponga en alto riesgo la vida del paciente.

*Forma de presentación: Poster.*

- **Ecografía y bloqueos periféricos en pediatría.** Girón O, Ruiz Pruneda R, Martínez Segovia MC, Montero M, Gil A, Cabrejos K, Sánchez Morote JM, Roqués V. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** A lo largo de los últimos años, la anestesia regional ha demostrado su utilidad y beneficios. La neuroestimulación constituía el gold-standard en la localización y bloqueo de estructuras nerviosas, pero son técnicas ciegas, en la que el abordaje nervioso está fundamentado en identificación de referencias anatómicas externas y la objetivación de una clonía muscular o parestesia tras aplicar un estímulo eléctrico controlado. Gracias a la aplicación de los ultrasonidos en anestesia, somos capaces de “ver” lo que queremos bloquear y podemos controlar selectivamente dónde depositar nuestro anestésico local. La ecografía permite reducir la dosis de anestésico local y su toxicidad, además de minimizar la iatrogenia y el tiempo del procedimiento.

**Material y métodos.** Presentamos un video en el que se muestran las principales técnicas de bloqueo realizadas en el paciente pediátrico. Mostramos la anatomía seccional y topográfica de las distintas zonas anatómicas donde se lleva a cabo la técnica, así como el abordaje recomendado.

**Resultados.** En nuestro video demostramos como los bloqueos de la pared abdominal (bloqueo de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico) y el bloqueo peneano pueden ser realizados con seguridad y garantías de éxito. El plexo braquial, nervio femoral y ciático son fáciles de identificar en el niño.

**Conclusiones.** La ecografía permite efectuar el bloqueo sin iatrogenia, con bajas dosis de anestésico local y con mejores resultados que con técnicas neuroestimulativas garantizando un perioperatorio más confortable de nuestros pacientes por lo que su utilización está más que justificada.

*Forma de presentación: Video.*

- **Otoplastia anterior abierta. Una técnica eficaz para el tratamiento de las orejas aladas.** Gómez Culebras MA, Pérez-Etchepare Figueroa E, Barrientos Fernández MG, Soriano Benítez de Lugo D, Antón Hernández L, Tracchia Becco R. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** Presentar nuestra técnica de otoplastia abierta como modificación de la de Stenstrom cerrada.

Se aporta casuística de más de 200 otoplastias.

**Material y métodos.** La oreja alada es una entidad caracterizada en la mayoría de los casos por el borramiento del antehélix ó por el despegamiento de la concha. En ambos casos en resultado es el mismo. Es importante indicar el procedimiento a seguir diagnosticando de forma precisa la causa de la prociencia auricular.

Presentamos la técnica abierta para el tratamiento de la oreja alada a expensas del borramiento del antehélix que nos permite abordar el cartílago de forma amplia, desgastarlo con precisión y conseguir un resultado cosmético excelente.

**Resultados.** Al despegar la piel que cubre la oreja anteriormente se expone el cartílago del antehélix que se de pliega de forma precisa. Con ello la naturalidad y aspecto de la oreja es excelente. En nuestra serie de más de 200 otoplastias realizadas con este procedimiento existen únicamente las complicaciones propias de cuidados inadecuados paternos y de la herida.

**Conclusiones.** La otoplastia abierta ofrece ventajas sustanciales frente a las técnicas cerradas. Permite desgastar el cartílago con precisión. Los resultados son inmediatos. Las complicaciones son mínimas. Es la técnica de elección en el borramiento del antehélix.

*Forma de presentación: Video.*

## COMUNICACIONES ORALES V: UROLOGÍA

- **Utilidad de los niveles urinarios de interleukinas en el diagnóstico del reflujo vésico-ureteral: estudio de casos y controles en niños.** Fernández Córdoba MS, González Piñera J, Juncos Tobarra MA\*, Hernández Anselmi E, Argumosa Salazar Y, Vidal Company A\*\*, Sotoca Fernández J\*\*, Mansilla Legorburo P\*\*\*. *Servicio de Cirugía Pediátrica, \*Análisis Clínicos, \*\*Pediatria y \*\*\*Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** Para el diagnóstico del reflujo vésico-ureteral (RVU) se emplean métodos de imagen invasivos que requieren sondaje vesical y no existe un adecuado método de screening analítico. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de la determinación de niveles urinarios de interleukinas (IL) para el diagnóstico del reflujo en niños sin infección urinaria en curso.

**Material y métodos.** Estudio de casos y controles entre los niños que acuden a nuestro centro a realizar una cistografía: 40 casos con RVU y 80 controles sin evidencia de reflujo tras un muestreo por densidad con emparejamiento individual 1:2 por edad. Se determinó en todos la concentración de IL-1B, IL-6 e IL-8 en orina en relación a la creatinina.

**Resultados.** 62 niños y 58 niñas, con media de edad de 2,4 años. La cistografía se indicó por infección urinaria en 78 (65%), diagnóstico prenatal de uropatía en 16 (13,4%) e historia familiar de malformaciones en dos (1,7%). No se han observado diferencias significativas en cuanto a los niveles urinarios de IL-1B/creatinina e IL-6/creatinina entre ambos grupos, sin embargo, los

niveles de IL-8/creatinina fueron significativamente más altos en los casos (media 3,5 pg/ $\mu$ mol; SD 9) que en los controles (media 1,6 pg/ $\mu$ mol; SD 3) ( $p=0,008$ ). Se ha encontrado correlación entre los niveles de IL-8/creatinina y el grado de reflujo ( $p=0,002$ ).

**Conclusiones.** Los niveles urinarios de IL-8/creatinina están elevados en niños con alto grado de reflujo, incluso en ausencia de infección. Estos podrían utilizarse como biomarcador no invasivo para la detección de los casos subclínicos de enfermedad.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Cistogammagrafía directa en el despistaje del reflujo vesicoureteral en pacientes con hidronefrosis prenatal.** Margarit Mallol J, Vallejo Aparicio S, García Henares A, Grande Moreillo C, Glasmeyer P, Magro Benito N, Buxeda Figuerola M. *Hospital Universitari Mútua de Terrassa.*

**Objetivos.** Dado que la radiación recibida en una cistografía convencional, es del orden de 20 veces superior a la de una cistografía isotópica y que la sensibilidad de ésta última, es más alta en el diagnóstico del reflujo vesicoureteral, nos planteamos su utilización en el despistaje de este, en pacientes con hidronefrosis congénita.

**Material y métodos.** En el periodo 2003-2009, se ha realizado un estudio prospectivo de los neonatos con antecedentes de hidronefrosis con el objetivo de descartar reflujo. Nuestro protocolo es el siguiente: Profilaxis antibiótica si se confirma en ecografía a la semana de vida la dilatación de la vía excretora, a las 5 semanas de vida, se realiza nuevo control ecográfico, en el cual si la ectasia es superior a 8 mm, se practica cistogammagrafía directa. Si se trata de un niño de sexo masculino con dilatación o afectación parenquimatosa severa, o en casos que se sospeche duplicidad, se practica cistografía convencional.

**Resultados.** De los 65 casos estudiados, se ha detectado reflujo en 13 pacientes (20%) y en 18 unidades renales (3 leve, 8 moderado y 7 severo). Una vez diagnosticado el reflujo se ha instaurado profilaxis antibiótica en todos los pacientes.

**Conclusiones.** La cistogammagrafía directa, en el despistaje de reflujo vesicoureteral en pacientes con hidronefrosis prenatal, es un buen método diagnóstico, con una sensibilidad superior a la cistografía convencional y con una clara ventaja en cuanto a la irradiación del paciente.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Endopielotomía endoscópica retrógrada con balón de corte frío (cutting-balloon): experiencia inicial en niños con estenosis pieloureteral.** Carrera Guermeur N, Fanjul Gómez M, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo AR, Zornoza Moreno M, Angulo Madero JM, Rivas Vila S, Romero Ruiz R, Parente Hernández A. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La estenosis pieloureteral constituye una uropatía obstructiva que, sin tratamiento, deteriorará de la función

renal. El tratamiento estándar es la pieloplastia abierta desmembrada, aunque las técnicas mínimamente invasivas ofrecen debate. Presentamos nuestra experiencia con una técnica novedosa: la dilatación de la unión pieloureteral (UPU) con cutting-balloon (corte frío con 4 microcuchillas en los puntos cardinales).

**Material y métodos.** Presentamos 5 pacientes (6 EPU; 3 izquierdas, 1 derecha y 1 bilateral, 1 mujer y 4 varones) tratados en nuestro servicio entre 2.008 y 2.010, diagnosticados por ecografía y renograma diurético. El tratamiento, indicado ante el aumento de la dilatación pielocalicial, la hidronefrosis y el renograma obstructivo, se realizó con una edad media de 3 meses (rango 10 días-7 meses). Inicialmente realizamos dilatación de la UPU con balón de alta presión. Por dilatación parcial o por estenosis persistente en la calibración posterior (4 casos), o por recidiva (1 caso), se realizó dilatación con cutting-balloon. Tras cada dilatación, hemos mantenido un tutor ureteral "doble J" 4-6 semanas.

**Resultados.** Tras la dilatación con cutting-balloon ningún paciente ha requerido más tratamiento. El seguimiento medio ha sido de 12 meses (rango 9-18 meses), permaneciendo 4 pacientes con función renal diferencial (FRD) normal, mejoría de la hidronefrosis y la dilatación pielocalicial. Un paciente (FRD inicial 18%) no ha mejorado. Ningún paciente presentó complicaciones.

**Conclusiones.** La dilatación pieloureteral endoscópica retrógrada con cutting-balloon es un tratamiento mínimamente invasivo, con buenos resultados iniciales y nula morbilidad en nuestros pacientes. Consideramos necesario aumentar los casos y el seguimiento para confirmar su utilidad terapéutica.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Primeros resultados de la orquidopexia vía escrotal.** Gutiérrez Dueñas JM, Lorenzo G, Ardelá Díaz E, Martín Pinto F, Domínguez Vallejo FJ. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial de Burgos.*

**Objetivos.** Presentamos nuestros primeros resultados con la técnica descrita por Bianchi y Squire en 1989 para el tratamiento quirúrgico del testículo no descendido mediante una incisión escrotal, como alternativa a la técnica estandarizada de doble incisión con el abordaje inguinal.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes intervenidos con el diagnóstico de criptorquidia mediante orquidopexia escrotal, desde octubre de 2008 hasta julio del 2009.

Criterios de inclusión: pacientes con testículo palpable en región inguinal, orquidopexia vía escrotal realizada por el mismo cirujano y control de la posición testicular a los 6 meses y/o al año de la cirugía. Se excluyeron los testículos retráctiles.

Se analiza: localización preoperatoria del testículo, duración de la cirugía, presencia o ausencia del conducto peritoneo-vaginal, reconversiones a la técnica inguinal, complicaciones y localización a los seis meses y al año de la cirugía.

**Resultados.** Durante este periodo se han realizado 50 orquidopexias en 39 pacientes, de edades comprendidas entre 1-12

años (media 5 años; mediana: 4 años). Se localizaron preoperatoriamente 15 testículos en el canal inguinal y 35 en el anillo inguinal externo. La duración de la técnica quirúrgica osciló entre 15 y 60 minutos (media 34 minutos). En 25 procedimientos se realizó sección y ligadura del conducto peritoneo vaginal permeable, Fue precisó reconstruir al abordaje inguinal en dos ocasiones, no se presentaron complicaciones y todos los testículos se localizaron en la bolsa escrotal.

**Conclusiones.** La técnica de orquidopexia mediante abordaje escrotal es un método seguro, bien tolerado y fiable.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Stephen-Fowler en 2 tiempos: resultados 14 años después.** Aranda García MJ, Ruiz Pruneda R, Sánchez Morote JM, Cabrejos Perotti K, Giron Vallejo O, Roqués Serradilla JL, Trujillo Ascanio A, Bueno Ruiz JF, Ruiz Jimenez JL. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** El manejo del testículo intraabdominal puede ser difícil, como lo demuestran las múltiples modalidades de evaluación y tratamiento propuestos. Revisamos nuestros resultados tras 14 años de experiencia.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las laparoscopias realizadas en nuestro servicio por teste no palpable entre los años 1996 y 2009. De 174 laparoscopias encontramos 67 testes intraabdominales y realizamos 25 descendos directos (3 bilaterales). En 5 casos se realizó Stephen-Fowler en un tiempo. A 40 de ellos se les realizó la técnica de Stephen-Fowler en 2 tiempos (2 bilaterales) por no alcanzar el orificio inguinal contralateral. El segundo tiempo en 4 casos se realizó asistido por laparoscopia y en el resto vía inguinal exclusivamente. La edad media de la primera intervención fue de 3,7 años y el tiempo medio entre las 2 intervenciones fue de 10,9 meses. De los 42 testes descendidos, 22 fueron derechos y 20 izquierdos. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 24 meses.

**Resultados.** De los 42 Stephen-Fowler en 2 tiempos realizados, en 27 casos el resultado fue muy bueno con un testículo de tamaño igual al contralateral, 7 bueno con teste más pequeño (hasta 50% de volumen del contralateral) y 7 malos con teste atrofico. No hubo complicaciones durante la cirugía.

**Conclusiones.** En el testículo no palpable es indiscutible la utilidad de la laparoscopia y la técnica de Stephen-Fowler en 2 tiempos para los testes intraabdominales con vasos muy cortos debería ser el procedimiento de elección debido a su alta tasa de éxito.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Dilatación neumática en la patología obstructiva del tracto urinario. Nuestra experiencia.** Vargas Cruz V, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor CE, García Ceballos A, Escassi Gil A, Paredes Esteban R. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** La cirugía abierta sigue siendo hoy día el tratamiento de elección en la patología obstructiva del tracto urinario, aunque en los últimos años se han extendido terapéuticas mínimamente invasivas, como la Cirugía Laparoscópica y las técnicas endourológicas. El objetivo del trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento mediante dilatación neumática de la patología obstructiva urológica en niños.

**Material y métodos.** Revisamos 17 pacientes; 8 casos de Estenosis Pieloureteral Congénita (EPU) y 10 de Estenosis Uretrovesical (EUV) tratados mediante dilatación endourológica en nuestro centro en los últimos 5 años. El tratamiento se realizó mediante dilatación neumática retrógrada bajo control radioscópico en 14 casos, y con dilatación neumática anterógrada realizada por Radiología Intervencionista en 4 casos. Se colocaron stents tipo doble J de 3 a 6 Fr, manteniéndolo durante unos 3 meses (rango 1-4 meses).

**Resultados.** La media de estancia hospitalaria fue 2,2 días (1-8 días). La retirada del stent tipo doble J se llevó a cabo sin incidencias a las 12 semanas de forma ambulatoria. Sólo un caso presentó complicaciones intraoperatorias ("falsa vía") con buena evolución posterior. Durante el seguimiento sólo un caso precisó cirugía abierta posterior a la dilatación, el resto permanecen asintomáticos y con mejoría ecográfica de la dilatación.

**Conclusiones.** La dilatación neumática es una técnica mínimamente invasiva con buenos resultados, escasas complicaciones, y que en caso de fracaso, no imposibilita la opción de la cirugía abierta clásica. Es importante contar con la colaboración de un Radiólogo Intervencionista familiarizado con estas técnicas en pacientes pediátricos.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **La uretroplastia de avance en el tratamiento del hipospadias multioperado.** Rodríguez de Alarcón García J, Rodríguez de Alarcón Gómez J, Arteaga García R, Espinosa Góngora, R Morató Robert P. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** El avance uretral es empleado por nosotros desde hace más de 25 años como técnica de elección para la corrección quirúrgica del hipospadias distal. Sus resultados son excelentes con un porcentaje de complicaciones que requieran cirugía próximo al 2%, tanto en nuestra experiencia como en la de otros grupos de trabajo.

Presentamos los resultados de su utilización en el abordaje del hipospadias multioperado, para el que aporta, en casos de meato subcoronal, especial fiabilidad.

**Material y métodos.** Hemos tratado entre enero de 2008 y diciembre de 2009 a un total de 38 pacientes intervenidos previamente entre una y cinco veces, con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años. En 19 ocasiones se realizó un avance uretral como única técnica uretroplástica, acompañándola de glanuloplastia y prepucioplastia. En tres pacientes, se cerró además fístula acompañante, En otros tres con meatos proximales, se utilizó como técnica complementaria de otra uretroplastia.

**Resultados.** Se presentan los datos de edad, forma anatómica original y de acceso, técnicas utilizadas previamente, estancia, e índice de solución del problema. En todos los casos se logró un meato apical con un chorro miccional único. No hemos registrado fístulas ni estenosis a día de hoy.

**Conclusiones.** El avance uretral se muestra como la técnica de elección, en nuestra práctica, para la resolución de la malposición meatal en el hipospadias multioperado, evitando técnicas con mayor consumo de tejidos locales, generalmente escasos en estos niños, y con un mayor índice de complicaciones.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Uretroplastia con colgajo lateral pediculado para los hipospadias complicados.** Tuduri Limousin I, Aspiazú Salinas DA, Jiménez Crespo V, Morcillo Azcárate J, Fernández Hurtado MA, Maraví Petri A, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Las técnicas habituales de reparación de los hipospadias permiten resolver la práctica totalidad de esta patología con resultados muy positivos. Desgraciadamente, existen pacientes que se fistulizan repetidas veces, agotando las posibilidades quirúrgicas. Generalmente estas refistulizaciones se asocian a estenosis uretral.

Queremos presentar una técnica que nos ha facilitado la reparación de estos pacientes con resultados esperanzadores.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de una serie de casos. La técnica del colgajo lateral pediculado consiste en un desmontaje de la uretra y exposición de la misma, para proceder a su reconstrucción en un solo tiempo por medio de la piel lateral de la uretra que se tubulariza sobre la neouretra primitiva.

**Resultados.** Desde 2008 hemos intervenido 5 pacientes con una edad media de 12,1 años (9-15) y un peso de 55,34 kg (22-98 kg). Previamente habían sufrido de 3 a 7 operaciones de corrección de hipospadias, siempre fistulizadas. En consulta se comprobó la estenosis uretral en todos los pacientes.

La intervención se realizó en un tiempo de 90-110 minutos y los resultados fueron favorables en todos los pacientes, resolviéndose las estenosis, con un seguimiento medio superior al año. Tan solo los dos pacientes adolescentes han presentado una mínima dehiscencia de la sutura glanulares.

**Conclusiones.** La uretroplastia con colgajo lateral pediculado es una técnica útil para el tratamiento de los hipospadias complicados permitiendo la resolución de las fístulas y especialmente de las estenosis de uretra.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Abordaje laparoscópico del utrículo prostático sintomático en el hipospadias severo.** Rodríguez de Alarcón Gómez J, Arteaga García R, Rodríguez de Alarcón García J, Espinosa Góngora R, Alvarez Bernaldo de Quirós M. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** El utrículo prostático es una entidad infradiagnosticada. Puede ser causante de problemas clínicos de importancia per se y –en particular en su asociación con formas severas de hipospadias– en relación con la cirugía de la malformación peneana que no se resolverán hasta su detección y control.

**Material y métodos.** Hemos tenido problemas relacionados con utrículos prostáticos no diagnosticados en dos pacientes afectos de hipospadias penoescrotal que han dificultado su manejo clínico y quirúrgico. Presentamos un paciente portador de hipospadias y riñón en herradura con clínica de ITU de repetición y litiasis tipada como asociada a divertículo uretral sometida a litotricia en dos ocasiones. Se practica estudio urológico completo detectándose utrículo prostático de gran tamaño.

**Resultados.** Se realiza cistoureoscopia colocando sonda de Foley sobre guía en cuello utricular. Tras ello, laparoscopia de tres puertos. La instilación de suero fisiológico provoca la repleción del utrículo facilitando su disección y exéresis. El postoperatorio es favorable, dándosele de alta a las 72 horas.

**Conclusiones.** La importancia de la patología asociada a la presencia de utrículo prostático en el hipospadias, justifica, a nuestro entender, la habilitación de estrategias encaminadas a su detección, máxime si percibimos: dificultades de sondaje a nivel de uretra posterior; ITU de repetición; litiasis ectópicas.

Así, debemos considerar la conveniencia de practicar uretrografías retrógradas y/o uretroscopias en pacientes con alta probabilidad de portar esta patología.

*Forma de presentación: Video.*

## COMUNICACIONES ORALES VI: UROLOGÍA

- **Resultados a largo plazo de la inyección endoscópica de polidimetilsiloxano en la incontinencia urinaria: estudio retrospectivo de 38 pacientes con complejo extrofia-epispadias.** Aguilar R, Burgos L\*, Barrena S, Lobato R\*, Martínez-Urrutia MJ\*, López Pereira PC\*, De la Torre C, Sánchez F\*, Jaureguizar E\*. *Servicio de Cirugía Pediátrica. \*Servicio de Urología Pediátrica. H.U. La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Presentamos un estudio retrospectivo para valorar la eficacia de la inyección en cuello vesical, de partículas de polidimetilsiloxano en pacientes con extrofia vesical y epispadias.

**Material y métodos.** De 1998 a 2009 fueron incluidos en el estudio 38 pacientes (26 varones y 12 mujeres) con una mediana de 11 años (3-23). Todos presentaban una estructura esfinteriana incompetente, secundaria a Complejo Extrofia Epispadias, y se les había practicado el tercer estadio de reparación de cuello (uretrotrigonoplastia).

**Resultados.** La mediana de volumen inyectado por sesión fue de 3,9 cc (2,5-5) y se realizaron 1,7 procedimientos por paciente. La continencia durante el seguimiento (tras 1 ó 2 inyecciones) se obtuvo en el 58%, 57%, 69%, 64%, 66% y 50% a 1,3,

5, 7, 9 y 10 años respectivamente. Se observaron pequeñas extrusiones del material en 5p en los primeros 4 meses tras la inyección. Dos alcanzaron la continencia tras mejorar la capacidad vesical, sin más inyecciones.

**Conclusiones.** El tratamiento endoscópico con implante de polidimetilsiloxano en pacientes con extrofia vesical y epispadias es efectivo tras una media de seguimiento de 6a. No se observó disminución significativa de la eficacia en el seguimiento a largo plazo.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **¿Ha modificado la detección prenatal el tratamiento de la duplicidad renal?** Blanco JL, Oliver F, Ruiz E, Solache N, Medrano L, Alfonso LF. *Hospital de Cruces. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.*

**Objetivos.** Revisar el manejo quirúrgico y los resultados del tratamiento de pacientes con duplicidad renal, con especial atención a la influencia que sobre ellos ha podido tener un programa de diagnóstico prenatal.

**Material y métodos.** Revisamos la historia de 51 pacientes diagnosticados de duplicidad renal durante los últimos 9 años (2001-2009). 39 se diagnosticaron prenatalmente y se incluyeron en un protocolo de diagnóstico neonatal. Se comparan con 12 pacientes diagnosticados tras infección urinaria (edad media de 14,7 meses). Se trata de 59 unidades renales (7 bilaterales, 19 derechos y 25 izquierdos). Asocian reflujo 26 pacientes (5 bilaterales). Se sospechó ureterocele en 22 casos.

**Resultados.** Se pudo tratar el ureterocele en 12 casos, 7 mediante destechamiento endoscópico y 5 por procedimiento abierto. Se realizaron 24 heminefroureterectomía, vía lumbotomía, a una edad media de 19,9 meses, sin complicaciones y en un tiempo quirúrgico medio de 141'. Otros procedimientos fueron reimplantación ureteral en bloque (4), sting ureteral (2) y resección del muñón ureteral (1). Se realizó heminefrectomía más frecuente (51% frente a 30%) y tempranamente (17,9 meses frente a 30) en los pacientes diagnosticados prenatalmente. Sólo 2 pacientes que recibieron destechamiento del ureterocele precisaron después heminefrectomía.

**Conclusiones.** Un diagnóstico anatómico y renográfico preciso, a menudo difícil, ayudará a determinar la modalidad y cronología apropiadas para cada paciente. El diagnóstico prenatal ha permitido una disminución en la edad de diagnóstico y tratamiento eficaz.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Micciones obstructivas funcionales en el primer año de vida.** Oliver Llinares F, Blanco Bruned JL, Ruiz Aja E, Solaetxe Prieto N, Medrano Méndez L. *Hospital de Cruces. Barakaldo.*

**Objetivos.** Las alteraciones miccionales secundarias a la disinergia detrusor-esfínter pueden estar presentes desde edades tempranas, pero la gravedad de las manifestaciones clínicas secundarias

y su variabilidad pueden desviar nuestra atención del origen del problema. Revisamos nuestra casuística, analizando las actitudes diagnósticas y terapéuticas utilizadas, así como los resultados obtenidos para establecer una sistemática de diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos.** Hemos estudiado retrospectivamente los últimos 7 años, encontrando 7 pacientes diagnosticados de disinergia detrusor-esfínter en el primer año de vida. Los primeros signos fueron 4 diagnósticos prenatales de hidronefrosis y 3 infecciones urinarias. Ecografía: 6 ureterohidronefrosis, 4 vejigas engrosadas, 2 megavejigas. Hallazgos radiológicos: 4 unidades ureterales con reflujo, 7 megaureteres estenóticos, 2 megaureteres primarios, 2 falsas válvulas de uretra, 2 improntas del esfínter externo. Urodinamia: 4 residuos postmiccionales, 2 cistomanometrias con vejiga hiperactiva. Flujometría-EMG: 3 disinergias detrusor-esfínter. Todos recibieron profilaxis, 1 anticolinérgico, 4 baclofen, 1 cateterismo intermitente y 1 vesicostomía.

**Resultados.** El diagnóstico fue definido por la presencia de uno o varios de los siguientes parámetros: residuos postmiccionales, improntas del esfínter en uretrografía y actividad esfinteriana en urodinamia. Todos controlaron las infecciones, 3 normalizaron los sistemas renales y 4 mejoraron. 5 realizan micciones espontáneas, 1 mantiene cateterismos y 1 vesicostomía.

**Conclusiones.** La presencia de orinas residuales y/o imágenes sugestivas de obstrucción funcional esfinteriana en lactantes, debe hacernos descartar la disinergia detrusor-esfínter siendo la flujometría-EMG decisoria. El tratamiento se centrará en evitar las infecciones y lograr bajas presiones en el sistema. Posteriormente se valorarán las alteraciones morfológico-funcionales.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Fimosis: ¿prepucioplastia o circuncisión?** Corona C, Cañizo A, Parente A, Fanjul M, Cerdá J, Carrera N, Tardáguila A, Rivas S, Romero R, Angulo JM, Molina E, García Casillas MA, Peláez D. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La fimosis es una de las patologías más frecuentes en la consulta del cirujano pediátrico. El propósito de este estudio es comparar las dos opciones quirúrgicas más extendidas en nuestro medio: prepucioplastia y circuncisión.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 1698 pacientes tratados quirúrgicamente en nuestro servicio por presentar fimosis desde 2003 a 2009. Se analizan edad, tiempo quirúrgico y anestésico, técnica quirúrgica y complicaciones. Se realiza un estudio transversal descriptivo mediante encuesta telefónica a padres y pacientes mayores de 16 años en cuanto a dolor postoperatorio, satisfacción estética y funcional. Se considera estadísticamente significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados.** En un 76,6% de los casos ( $n=1300$ ) se realizó prepucioplastia y en el otro 23,4% ( $n=398$ ) circuncisión. La media de edad fue de 7,15 y la media de seguimiento 42,3 meses. El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en la circuncisión ( $p < 0,0001$ ). Un 3% de reintervenciones (37 en prepu-

cioplastias, 14 en circuncisiones), sin diferencias significativas entre los grupos. Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sangrado postoperatorio, aunque la incidencia de reestenosis sí fue mayor en la prepucioplastia (2%; p=0,013). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la apreciación paterna del dolor postoperatorio o la satisfacción estética y funcional entre las dos técnicas quirúrgicas.

**Conclusiones.** No hallamos diferencias en cuanto a la satisfacción subjetiva entre grupos. Aunque sí existen diferencias a nivel de reestenosis, la incidencia global es muy baja. En nuestra experiencia ambas técnicas son equivalentes y seguras, y las diferencias no determinan cuál debe ser la técnica de elección.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Priapismo de alto flujo en el paciente pediátrico.** Guindos S, Buceta E, Sanchis L, Aguilar Y, García X, Castro M. *Hospitas Universitario Materno Infantil Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Revisión de las características fisiopatológicas del priapismo y sus implicaciones en la clínica, el diagnóstico y el tratamiento del priapismo de alto flujo en el paciente pediátrico.

**Material y métodos.** Descripción de un caso clínico y revisión crítica de la literatura médica concerniente.

**Resultados.** Paciente varón de 4 años de edad, con acude por presentar erección no dolorosa, de 5 días de evolución, tras contusión peno-escrotal por accidente de bicicleta 8 días antes. Tras descartar posible causas orgánicas, se realiza arteriografía en la que objetiva la existencia de fístula arteriocavernosa, que se procede a embolizar, con mejoría prácticamente inmediata y resolución definitiva del caso.

**Conclusiones.** 1) El conocimiento de la fisiopatología de los distintos tipos de priapismo es fundamental para su adecuada valoración, priorización y tratamiento.

2) En el priapismo de alto flujo, la actitud inicial expectante constituye una opción terapéutica ampliamente utilizada.

3) La embolización selectiva resulta un tratamiento seguro y eficaz, incluso en niños pequeños.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **La embolización venosa tratamiento de elección en los varicoceles.** Blanco JA, Pedrerol A\*, Sampere J\*, De Diego M, Isnard RM, Perich E, Castellví A, Muxart J. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.* \*Servicio de Radiología Intervencionista, Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de la técnica de embolización percutánea selectiva en el tratamiento de los varicoceles y comparar con otros tipos de tratamiento.

**Material y métodos.** La exploración física destaca aumento de la bolsa escrotal con una dilatación venosa más o menos importante que aumenta con el Valsalva. Se realiza a todos una eco-Dop-

pler para valorar grado del varicocele y flujo venoso. Entre marzo del 1999 y diciembre del 2009 se han recogido 37 casos de varicocele que requerían tratamiento por criterios clínicos y/o ecográficos, que representan un 20% de los pacientes. Valoramos parámetros clínicos (grado, dolor, reducción de tamaño del testículo afecto, y ecográficos fundamentalmente flujo). Bajo anestesia local se coloca un catéter Simmons tipo I o catéter de espermática. Posicionamos la punta del catéter más allá del ostium de la vena espermática para realizar el venograma de la vena renal izquierda mediante la administración de contraste yodado (unos 15ml) que fluiría de forma retrógrada hasta testes. La embolización se realizará a través de la introducción de coils metálicos (aproximadamente de 6 a 8) de 0.038 empleando un catéter hidrofílico de 4 o 5F.

**Resultados.** Los casos tratados, un 86.4% se consiguieron embolizar correctamente. Un 10.8% necesitaron una reembolización de los cuales un 50% acabó en cirugía. En un caso (2.7%) se practicó cirugía tras una embolización incompleta.

**Conclusiones.** La embolización selectiva en pediatría ha de mostrado ser la técnica de elección y una excelente alternativa a otros métodos terapéuticos como la cirugía. Requiere ingreso de 24 h. Se realiza con anestesia local.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Utilidad de la laparoscopia en pacientes que presentan una abocamiento de vagina a uretra proximal.** Blanco JA, Chequini L, De Diego M\*, Isnard RM, Castellví A. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.* \*Servicio de Urología, Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Este video muestra la utilidad de la laparoscopia para disecar la vagina, en aquellos pacientes, que aboca a nivel de uretra muy próxima a cuello vesical.

**Material y métodos.** En pacientes, con abocamiento alto de la vagina a uretra, muy próxima a cuello vesical, en estos casos una de las decisiones más difíciles es elegir que técnica quirúrgica o abordaje. Hay dos opciones, una por vía perineal, técnica de pull-through (Hendren) o la transvesical (Paserini). La técnica de pull-through es muy labiríntica y la liberación de la vagina resulta muy dificultosa. En la transvesical la disección entre vagina y uretra es más fácil, pero es más agresiva al tener que abrir cara anterior y posterior de vejiga.

**Resultados.** La laparoscopia, desde cavidad abdominal, entrando por Douglas, nos permite una disección, entre vejiga y útero, relativamente sencilla con una visión muy buena de todas las estructuras del suelo de la pelvis hasta el punto que aboca vagina a uretra, dejando un "vessel-loop", en esta zona y seguir el resto de la intervención por vía perineal hasta encontrar la referencia que dejamos "vessel-loop".

**Conclusiones.** Esta vía de abordaje es menos traumática que la transvesical.

Permite una disección con una visión excelente de las estructuras, lo que facilita llegar hasta el punto donde aboca vagina a uretra. Al ser una disección roma, estamos seguros que no ten-

dran secuelas de control esfinteriano. Por último acorta el tiempo quirúrgico sobre todo, si realizamos la vaginoplastia, vulvoplastia y clitoroplastia en un solo acto quirúrgico.

*Forma de presentación: Video.*

- **Varicocelectomía laparoscópica por puerto único: experiencia inicial.** Cabezalí Barbancho D, López Vázquez F, Fuentes Carretero S, Moreno Zegarra C, Aransay Bramtot A, Gómez Fraile A. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** La aparición de nuevos materiales y la realización de varias técnicas con éxito con el empleo de un único puerto laparoscópico en el adulto han propiciado el traslado de este abordaje a la comunidad pediátrica. Presentamos nuestra experiencia inicial en el tratamiento laparoscópico del varicocele mediante esta vía de acceso.

**Material y métodos.** 4 pacientes (edad media: 12 años y 8 meses) han sido intervenidos mediante laparoscopia con puerto único de Enero 2010 a Febrero 2010 en nuestro centro. Los criterios para la cirugía fueron: varicocele grado III, atrofia testicular y/o la presencia de síntomas. El trocar empleado fue un puerto de 20 mm con tres canales de trabajo y dos para la insuflación de gas. El puerto se introdujo mediante una incisión infraumbilical y con una variedad de pinzas curvas se disecaron los vasos espermáticos, para posteriormente cliparlos y seccionarlos. Hemos analizado los siguientes parámetros: edad, localización de lesión, tiempo quirúrgico, complicaciones intraoperatorias y estancia hospitalaria.

**Resultados.** El varicocele se localizó en el lado izquierdo en todos los pacientes. El procedimiento se completó por laparoscopia en todos los casos, con un tiempo quirúrgico medio de 61 minutos (rango: 45 – 90 minutos). No hubo complicaciones quirúrgicas y la estancia ha sido de dos días en todos ellos.

**Conclusiones.** Esta nueva vía de abordaje aporta un menor número de cicatrices con respecto a la laparoscopia convencional. La práctica inicial en técnicas sencillas y el desarrollo de nuevo material pediátrico permitirá realizar en el futuro nuevos procedimientos.

*Forma de presentación: Video.*

## COMUNICACIONES ORALES VII: CIRUGÍA GENERAL

- **Autoamputación ovárica perinatal.** Margarit J, Grande C, Glasmeyer P, López E. *Mútua Terrassa.*

**Objetivos.** 1) Presentar la casuística de nuestro centro: 3 casos de autoamputación ovárica de los 16 descritos hasta ahora. 2) Revisar la fisiopatología, la bibliografía del tema y las indicaciones quirúrgicas.

**Material y métodos.** Se presentan tres casos tratados en nuestro centro. Los tres fueron diagnosticados prenatalmente de quiste

de ovario complicado. La ECO post-natal confirmó en los tres casos los hallazgos prenatales. Se repitió la ECO al mes para comprobar que la tumoración no hubiera regresado. Las tres pacientes fueron intervenidas y el procedimiento fue laparoscópico.

**Resultados.** En las tres pacientes se objetivó que el ovario estaba autoamputado. Sin embargo en los tres casos no se encontraba libre completamente ya que se había adherido, a través de neovascularización, en una paciente al apéndice y en las otras dos a epiplon.

**Conclusiones.** Los quistes ováricos fetales grandes se pueden torsionar, comportando la isquemia y necrosis de la estructura anexial. Este episodio acostumbra a ser prenatal, por lo cual no comporta ninguna urgencia neonatal.

La autoamputación ovárica perinatal es rara, solamente se han descrito 13 casos hasta el momento (16 con estos 3).

Algunos autores abogan por una conducta expectante hasta la regresión. En nuestros casos no se produjo regresión en ninguno. Creemos que se debe a la neovascularización que presentaban los tres.

La laparoscopia confirma el diagnóstico, permite comprobar el estado del ovario contralateral y la extracción del anexo autoamputado.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Obesidad mórbida en el adolescente: Resultados preliminares con el balón intragástrico.** Guillén G, Marhuenda C, Barceló C, Yeste D, Brun N, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Universitario Valle de Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La obesidad pediátrica es un problema emergente en prevalencia y gravedad en las sociedades occidentales. Según la OMS el 5-35% de los adolescentes europeos presenta sobrepeso, siendo España uno de los países con mayor prevalencia. El tratamiento en adolescentes, endoscópico o mediante cirugía bariátrica, comienza a ser mundialmente aceptado. El objetivo es evaluar los resultados preliminares de nuestra experiencia con el balón intragástrico.

**Material y métodos.** Desde junio de 2008, incluimos en el estudio a adolescentes controlados en la Unidad de Obesidad Pediátrica, con obesidades mórbidas o extremas junto comorbilidades, pese a seguir más de 6 meses un programa dietético y conductual. Todos cumplían los criterios de selección internacionalmente aceptados. Colocamos balones por vía endoscópica bajo anestesia general, con un inflado de 500cc. Se mantuvieron durante 6 meses, con una pauta dietética estricta.

**Resultados.** Seleccionamos 8 candidatos (edades 12-17 años). El tiempo de intervención (mediana) fue 26 minutos. Los días de ingreso (mediana) hasta tolerancia oral completa fueron 2,43. El IMC inicial fue 46,6 (rango 39,7-56,5) y a los 6 meses 39,9 (rango 31,2-46,2). El porcentaje de IMC perdido fue 17,1% (ds 7,2) y el porcentaje de exceso de IMC perdido fue 37,4% (ds 18,4). Los balones fueron bien tolerados. No hubo complicaciones. Las comorbilidades persistieron. El seguimiento fue 1,5 años a 3 meses.

**Conclusiones.** El balón intragástrico es seguro, con escasas complicaciones. En contra de algunas publicaciones, en nuestra experiencia (con seguimiento corto), aunque en algunos casos hay pérdida significativa de peso, permanecen en rangos de obesidad mórbida persistiendo las comorbilidades.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Toxina botulínica como tratamiento adyuvante en estreñimiento crónico.** Ramírez M, Lassaleta L, Murcia J, Carretero C, Hernández S, Miguel M, de la Torre CA, Barrena S, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** El estreñimiento crónico afecta aproximadamente al 20% de la población pediátrica. En los casos refractarios a terapia convencional la toxina botulínica (TB) puede ser eficaz especialmente si la manometría muestra hipertonia del esfínter interno. Nos proponemos evaluar los resultados en los pacientes tratados con TB en nuestro centro.

**Material y métodos.** Nueve pacientes (6V/3M) han sido tratados con TB en los últimos 10 años; 4 presentaban estreñimiento funcional, 2 MAR intervenida y 3 acalasia del esfínter interno. En el estudio manométrico previo al tratamiento 2 presentaban alteración del RAI, 4 umbral de percepción rectal aumentado y 3 pacientes presentaban dilatación rectosigmoidea en enema opaco. La dosis utilizada ha sido 15-20 UI inyectadas en 4 cuadrantes en la línea pectínea. Los resultados se han medido en términos de mejoría clínica (necesidad de otros tratamientos, deposiciones al día, mancha, dolor) y mediante una encuesta telefónica a los pacientes al menos 1 año tras el tratamiento, en dichos parámetros.

**Resultados.** 7/9 pacientes respondieron favorablemente a la terapia. En ningún caso hubo encopresis posterior. En 8/9 pacientes fue necesario repetir la dosis al menos 1 vez en un periodo que osciló entre los 7-15 meses. 6/7 pacientes han mejorado a largo plazo con tratamiento mediante laxantes y enemas combinado con TB. Ocho pacientes realizan vida normal, tres presentan necesidad actual de enemas esporádicos, 1 paciente ha requerido tratamiento quirúrgico posterior (resección sigmoidea).

**Conclusiones.** La TB es un tratamiento adyuvante eficaz en casos seleccionados de estreñimiento.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Aplicación de la laparoscopia como método diagnóstico terapéutico en el trauma abdominal en niños.** Fuentes S, Cano I, García A, López M, Tejedor R, Moreno C, Morante R, Portela E, Benavent MI, Gómez A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** El trauma abdominal cerrado con líquido libre sin evidencia de lesión de víscera sólida, así como el penetrante con dudosa afectación peritoneal suponen un reto diagnóstico y terapéutico. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia utilizando la laparoscopia en casos seleccionados de

traumatismo abdominal.

**Material y métodos.** Revisión de los casos de trauma abdominal sometidos a laparoscopia en los últimos 5 años. Revisión de la literatura.

**Resultados.** Presentamos tres casos de traumatismo abdominal cerrado y dos penetrante que fueron sometidos en nuestro centro a laparoscopia diagnóstica en este periodo. Los cinco pacientes se encontraban hemodinámicamente estables. De los traumatismos cerrados, en uno se evidenció una perforación a nivel de ileon distal que fue reparada. Los otros dos casos presentaban distensión de asas y líquido que se drenó sin evidenciar otras lesiones. De los dos casos de traumatismo penetrante en uno de ellos se redujo el epiplón eviscerado por la herida sin evidenciar otras lesiones y en el otro se diagnosticó una perforación a nivel gástrico que se reparó mediante laparotomía.

**Conclusiones.** Coincidimos con los resultados de la literatura en la que se propone la laparoscopia como método diagnóstico-terapéutico en los casos de trauma abdominal cerrado sin indicación absoluta de laparotomía pero con exploración anormal o hallazgos no concluyentes en pruebas de imagen y en los casos de trauma abdominal penetrante con mínima lesión y estabilidad hemodinámica.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Cirugía de control de daños en paciente politraumatizado.** Ramírez M, Vázquez J, Ávila LF, López S, de la Torre CA, Miguel M, Barrena S, Soto C, Hernández F, Santamaría ML, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

**Introducción.** La cirugía de control de daños (CCD) es la intervención quirúrgica en la que se realizan maniobras simples y rápidas para lograr el control de la hemorragia y de la contaminación digestiva. Nuestro objetivo es presentar la experiencia con CCD en el último año en nuestra Unidad de Politrauma.

**Material y métodos.** Revisamos dos pacientes tratados con CCD. Analizamos: edad, mecanismo causal, gravedad de los órganos lesionados y probabilidad de supervivencia (Ps) calculada mediante el método TRISS.

**Resultados.** Dos niñas de 3 y 6 años fueron tratadas con CCD en el último año. El mecanismo causal fue el atropello. En un caso el traumatismo fue abdominal presentando laceración hepática (grado IV) y en otro caso fue pélvico que presentó fractura abierta, lesión rectal (grado IV), lesión de uretra, vagina y vejiga (grado V). Los dos pacientes presentaron shock hipovolémico grado III que no respondió a tratamiento con hemoderivados. En el primer caso el tratamiento consistió en packing hepático y sutura de vena suprahepática derecha realizándose el tratamiento definitivo a las 72 horas y el segundo requirió clampaje aórtico intermitente, vesicostomía, colostomía y fijación pélvica. La Ps calculada fue de 75% y 58% respectivamente. Ambas niñas sobrevivieron al traumatismo agudo.

**Conclusiones.** La CCD evita la triada letal de hipotermia, coagulopatía y acidosis siendo una técnica útil en pacientes pediá-

tricos inestables hemodinámicamente que no responden a tratamiento convencional.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Traumatismo renal pediátrico: manejo, seguimiento y nuevas herramientas de tratamiento. Experiencia de 8 años en un centro de trauma pediátrico.** Molino JA, Asensio M, Guillén G, Piró C, Martín JA, Royo G, Moreno A, Pérez M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** El manejo del traumatismo renal pediátrico es conservador pero existen situaciones que pueden requerir otra actitud. Hemos revisado las características de los traumatismos renales atendidos, destacando el papel de la radiología intervencionista.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los traumatismos renales pediátricos atendidos entre 2002 y 2009, analizando datos referentes a epidemiología, métodos diagnósticos, grado de lesión según la Organ Injury Scale, lesiones asociadas, tratamiento y seguimiento.

**Resultados.** Se atendieron 32 casos de traumatismo renal pediátrico. La relación por género fue de 7:1 a favor del masculino. La edad media 10,4 años (2-17). El grado de lesión renal: grado I (8), grado II (8), grado III (7), grado IV (7) y grado V (2). Existían lesiones asociadas en 14 pacientes. En todos salvo en uno existía hematuria. En el 40,6% la exploración abdominal fue normal. En todos los pacientes se realizó un TAC abdominal con contraste. En el 80% el tratamiento fue conservador, cuatro fueron tratados por radiología intervencionista (2 embolizaciones de vasos sangrantes, 1 embolización de pseudoaneurisma y 1 colocación de stent endovascular); en 1 paciente se realizó una nefrectomía urgente y 3 pacientes requirieron tratamiento quirúrgico diferido (2 nefrectomías y 1 reparación de la unión pieloureteral). El seguimiento fue ecográfico  $\pm$ DMSA; el DMSA en 3 casos fue inferior al 20%. No hubo ningún fallecido.

**Conclusiones.** El tratamiento del traumatismo renal es fundamentalmente conservador. La severidad del traumatismo renal no se corresponde con la exploración física o hematuria, de aquí la importancia del TAC. La radiología intervencionista es una herramienta fundamental.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Traumatismo pélvico grave. Abordaje quirúrgico.** De La Torre CA, Miguel M, Vázquez J, Barrena S, Aguilar R, Ramírez M, López S, Ros Z, López-Gutiérrez JC, Soto C, Díaz M, López-Pereira P, Jaureguizar E, Lassaletta L, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Las fracturas de pelvis representan entre el 1 y 3% de las fracturas en la infancia y en más del 70% se asocian lesiones de otros órganos. Su alta morbilidad se relaciona directamente con estas siendo su mortalidad entorno al 3 y 6% de los politraumas

**Material y métodos.** Presentamos cinco pacientes atendidos en nuestro centro que tras politraumatismo grave presentaron fractura de pelvis asociada a lesión de órganos toracoabdominales. Estudiamos edad y sexo, mecanismo de la lesión, órganos lesionados, asistencia inicial, índices de gravedad y la supervivencia (TRISS).

**Resultados.** Nuestros pacientes fueron 4 niñas y 1 niño, con edad media de 6,3 (5,1-8,4) años. El mecanismo en todos ellos fue el accidente de tráfico. Las lesiones asociadas fueron: contusiones pulmonares (3), hernia diafragmática (2), contusión esplénica (2), lesiones urinarias (2), lesiones de recto-ano (2), lesiones vaginales (2). Tres presentaron cuadro de shock hipovolémico grado III, en una paciente fue necesario realizar cirugía de control de daños. Dos presentaron fracturas grado IV y los otros tres grado I. Los índices de gravedad medios fueron ISS 50 (37-61), RTS 5,37 (3,1-6,7). La probabilidad de supervivencia media estimada fue del 37,6% (19,7-51,3), siendo la supervivencia real del 100%.

**Conclusiones.** La morbilidad del trauma pélvico está directamente relacionada con la gravedad de los órganos lesionados, siendo estos los que marcarán las necesidades iniciales del tratamiento. Las fracturas pélvicas son el paradigma de la asistencia multidisciplinar y estos pacientes se beneficiarán de ser atendidos en centros de trauma pediátrico.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Primer registro multihospitalario de politrauma infantil en una Comunidad Autónoma.** Gómez-veiras J, Tellado M, Somoza I, Pértega S, Méndez R, Montero M, García Saavedra S, García González M, García Palacios M, Molina Vázquez ME, Lema Carril A, Caramés J, Dargallo T, Pais E, Vela D. *Servicios de Cirugía Pediátrica de los Complejos Hospitalarios Universitarios de A Coruña, Santiago, Vigo y Ourense. Servicio de Epidemiología y Estadística del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** Puesta en marcha de un registro de trauma pediátrico (RTP) consensuado entre los cuatro hospitales de tercer nivel en trauma infantil de nuestra Comunidad Autónoma.

**Material y métodos.** Recogida de datos prospectiva multihospitalaria, en una base de datos en web segura, de los pacientes ingresados por politraumatismos en 2009 en dichos hospitales. Los datos se analizaron con SPSS 17.0. Se recogieron 88 variables.

**Resultados.** Ingresaron 331 pacientes, el 66% varones, de 7 años de edad media y de peso medio de 30 kg. El 20% fueron causados por accidentes de tráfico. El 37% recibieron atención prehospitalaria. Sólo el 7% de los pacientes portaban collarín cervical. Un 80% llegan en coche al hospital. El 20% ingresaron en UCI. Entre otras, observamos diferencias estadísticamente significativas  $p < 0.05$  en el chi cuadrado entre: portar collarín y recibir atención prehospitalaria, también entre la pérdida de conocimiento y recibir atención prehospitalaria. 44 pacientes presentaban un Índice de Trauma Pediátrico (ITP)  $\leq 8$ . Obser-

vamos diferencias estadísticamente significativas  $p < 0.05$  en la t de Student para la diferencia de medias entre los grupos de ITP  $\leq 8$  y  $> 8$  para: Edad (5 y 7.5 años), peso (21 y 31 kg), Escala de Glasgow (13 y 15), días de ingreso en UCI (3 y 0.3 días), y en planta (8.5 y 3 días).

**Conclusiones.** Este RTP puede promover cambios radicales en el manejo del trauma infantil en nuestra Comunidad. Procuraremos conseguir la adhesión de otros centros de tercer nivel a través de la web, para llegar a conseguir un RTP nacional fiable.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Puerto flexible para laparoscopia con incisión única. Una “vuelta de tuerca” más a la cirugía transumbilical.** Pisón-Chacón J, Pérez-Martínez A, Ayuso-González L, Sánchez-Vázquez M, Martínez-Bermejo MA, Saez-de-Ibarra-Pérez A. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción.** Nuestro Servicio lleva 7 años realizando cotidianamente cirugía laparoscópica vídeoasistida transumbilical, con un único puerto, mediante el empleo de un laparoscopio de 10mm con canal de trabajo de 5 mm. Algunas conversiones a cirugía abierta podrían evitarse si dispusiéramos de un puerto más. El dispositivo que comenzamos a emplear es una pieza elástica comercial con forma de diábolo que, introducido hasta su istmo en la incisión umbilical permite la colocación de tres instrumentos simultáneos, todo ello por un único puerto.

**Objetivo.** Evaluar las prestaciones del dispositivo y sus aplicaciones en Endocirugía Pediátrica

**Material y métodos.** Hemos realizado 5 apendicectomías y una sección espermática en niños con edades entre 6 y 14 años con el puerto elástico. Hemos valorado las ventajas e inconvenientes que presenta su uso.

**Resultados.** No hemos tenido ninguna complicación. El dispositivo se introduce en incisiones umbilicales superiores a 20mm de longitud y permite el empleo simultáneo de 3 instrumentos, aunque cuesta acostumbrarse a la manipulación de los mismos sin que interfieran entre si. Las cirugías son tanto más cómodas cuanto mayor es la distancia entre el puerto y el objetivo quirúrgico.

**Conclusiones.** El puerto flexible aporta la novedad de la instrumentación múltiple a través de un solo puerto lo que permite aumentar la complejidad de las intervenciones que hasta ahora realizábamos de forma vídeoasistida, con el mismo resultado estético.

Colocado en ombligo puede ser muy útil en cirugía apendicular, biliar, ginecológica, y varicocele y, tras un poco de entrenamiento, podremos ampliar las posibilidades de uso.

*Forma de presentación: Video.*

- **Tratamiento laparoscópico de la duplicación gástrica.** Peiró JL, Giné C, Broto J, Marhuenda C, Urbistondo A, Curbelo M, Brun N, Gil-Vernet JM, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** El quiste de duplicación gástrica constituye una anomalía poco frecuente que precisa resección quirúrgica. El objetivo es analizar la utilidad y las posibilidades técnicas del tratamiento completamente laparoscópico de la duplicación gástrica.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 4 pacientes diagnosticados y tratados por duplicaciones gástricas, durante los últimos 3 años en nuestro centro. Se han analizado el diagnóstico prenatal, localización, medida, presentación clínica, edad al diagnóstico y tratamiento quirúrgico, técnica quirúrgica, evolución post-quirúrgica y la confirmación histológica.

**Resultados.** Tres de los 4 pacientes intervenidos presentaban un diagnóstico prenatal como masa quística intra-abdominal fetal detectada en la ecografía y RM fetal.

El tamaño oscilaba entre 2 y 3 cm de diámetro y se localizaban en el fundus gástrico (2 casos), curvatura menor (1 caso) y yuxta-pancreático (1 caso). La resección quirúrgica fue mediante abordaje laparoscópico, siendo un caso realizado mediante cirugía robótica con DaVinci. El uso de endograpadoras ha resultado de gran utilidad. El rango de edad en el momento de la cirugía está entre 10 días y 13 años de edad. Sólo en el primer caso presentó complicaciones post-operatorias, en forma de perforación gástrica en el lecho del quiste marsupializado que precisó reintervención. Hubo confirmación histológica de quiste de duplicación gástrica no comunicante en todos los casos.

**Conclusiones.** Las duplicaciones gástricas se consideran lesiones congénitas benignas que pueden detectarse en la vida intrauterina gracias al diagnóstico prenatal. En la actualidad, la resección quirúrgica en bloque totalmente laparoscópica es de elección, independientemente del tamaño o localización de la malformación.

*Forma de presentación: Video.*

## COMUNICACIONES ORALES VIII: CIRUGÍA NEONATAL

- **Manejo de la gastrosquisis con cesárea electiva antes de las 36 semanas de gestación. Análisis de nuestra casuística en los 5 últimos años.** García Urgellés X, Montoro González B, Guindos Rúa S, Domínguez Ramírez S, Cortés Cros E, Castro Sánchez M. *Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.*

**Objetivos.** En las últimas fases del embarazo se producen cambios en el intestino exteriorizado que afectan al tratamiento quirúrgico y la posterior evolución del paciente afecto de gastrosquisis

En base a ello nuestra política de manejo se basa en la realización de cesárea electiva antes de la 36 semana con maduración pulmonar previa y tratamiento quirúrgico en las primeras horas de vida.

**Material y métodos.** Entre Enero 2005 y Enero 2010 hemos tratado 11 casos de gastrosquisis. Dos casos han sido excluidos por prematuridad extrema y parto en la semana 37.

**Resultados.** La edad gestacional media de 34,33 semanas (rango 33-35), con un peso medio de 2092,2 (rango 1640-2550). Existió un caso con malformación intestinal y en otro caso las vísceras no presentaban buen aspecto al nacimiento. No se objetó distrés por déficit de surfactante con retirada de la ventilación mecánica a las 97,6 horas (rango 20-330). El inicio de la alimentación enteral fue a los 29,1 días (rango 5-132, mediana 17). La duración de la nutrición parenteral fue de 57,7 días (rango 14-330, mediana 23). El cierre primario se realizó en 8 pacientes y se presentaron complicaciones en 4 casos.

**Conclusiones.** 1. La ausencia o atenuación de los cambios típicos del intestino exteriorizado ha permitido un cierre primario en todos los casos menos uno. 2. El manejo de la inmadurez pulmonar no ha supuesto un problema añadido, obteniendo resultados parecidos a otras series publicadas. 3. Un estudio multicéntrico constituido por largas series validaría la idoneidad de este enfoque sobre otros.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Factores pronósticos controlables en la morbi-mortalidad de la gastrosquisis.** Martínez Criado Y, Tuduri Limousín I, Millán López A, Delgado Cotán L, Pérez Bertólez S, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Virgen del Rocío. Madrid.*

**Objetivos.** La baja incidencia de la gastrosquisis impide el estudio consistente de los factores que condicionan su evolución. La presencia de otras alteraciones asociadas es un factor determinante del pronóstico muy conocido.

Queremos identificar los factores implicados en la morbi-mortalidad en nuestro centro, sobre los que podamos actuar.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo por un único revisor a partir de los registros hospitalarios. Analizamos las complicaciones frente a la edad gestacional, tipo de parto, de cirugía y existencia de diagnóstico prenatal. Los variables se analizan con SPSS 15.0 utilizando tests no paramétricos.

**Resultados.** Desde 1987 se han intervenido 24 pacientes (13 varones), con un peso medio al nacimiento de  $2346 \text{ g} \pm 359$ . De ellos un 33% presentaban diagnóstico prenatal y nacieron el 70,8% por cesárea. Tan sólo 3 pacientes presentaban malrotación intestinal  $> 90^\circ$  y 4 atresia intestinal. No existieron otras malformaciones asociadas. El parto pretérmino ( $< 36$  sem) no mejoró las complicaciones pero sí redujo la estancia hospitalaria en 10,68 días y el tiempo de Nutrición parenteral en 6 días. El parto por cesárea y el diagnóstico prenatal si mejoró todos los factores previos. El cierre primario sin embargo se asoció a mayor tasa de complicaciones post-quirúrgicas (46,2% vs. 18,2%). 4 pacientes fallecieron en el post-operatorio inmediato, todos antes del desarrollo del programa de diagnóstico fetal.

**Conclusiones.** El diagnóstico prenatal y el parto pretérmino por cesárea electiva son los factores que reducen las complicaciones de las gastrosquisis. Por lo tanto, la coordinación interdisciplinaria mejora el pronóstico de estos pacientes.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Las células C parafoliculares tiroideas están disminuidas en los pacientes con Hernia Diafragmática Congénita (HDC).** Luis AL, Pederiva F, Encinas JL, Ruiz E\*, Rodríguez JJ\*, Martínez L, Tovar JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Investigar sobre la existencia de alteraciones histológicas de las células C tiroideas (de origen embrionario neurocrystal) en pacientes con hernia diafragmática congénita.

**Material y métodos.** Tras la aprobación por el Comité Ético de nuestro hospital, estudiamos las muestras histológicas tiroideas procedentes del registro de autopsias de 12 pacientes diagnosticados de HDC y 11 controles. Tras sección de los bloques de parafina tiroideas y tinción de las muestras con hematoxilina eosina, se trataron inmunohistoquímicamente con anticuerpo anticalcitonina para el estudio de la cantidad de células C (% de área teñida/área tiroidea total) y su distribución dentro de la glándula tiroidea. Dichas valoraciones se llevaron a cabo mediante la digitalización de las imágenes de dichas muestras histológicas y la utilización de un software de análisis de imagen digital. Utilizamos tests estadísticos no paramétricos con significación estadística  $p < 0.05$  para el análisis e interpretación de los resultados.

**Resultados.** La proporción de superficie inmunohistoquímicamente teñida con respecto a la superficie de la sección tiroidea fué significativamente menor en pacientes con HDC que en los controles ( $0.035 \pm 0.030\%$  vs  $0.072 \pm 0.052\%$ ,  $p < 0.05$ ).

La distribución de las células parafoliculares seguía el patrón normal de predominio central en los lóbulos tiroideos en ambos grupos.

**Conclusiones.** Demostramos una deficiencia de células C tiroideas en los pacientes con HDC, confirmando los hallazgos demostrados previamente en el modelo animal.

Nuestros resultados apoyan la influencia de una alteración en la organogénesis de la cresta neural en la patogenia de la HDC.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Valoración de la posición del ano en el recién nacido: incidencia del ano anterior y su relación con los trastornos de la defecación en el periodo neonatal.** Zarabozo E, Núñez Ramos R, González Velasco M, Amat Valero S, Ayuso Velasco R, Vargas Muñoz I. *Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. SES. UEX. Badajoz.*

**Objetivos.** La incidencia del ano anterior (AA) y su relación con el estreñimiento plantean controversias. Se determina el índice ano genital (IAG) en una serie de recién nacidos (RN) para conocer la incidencia de AA y su relación con el estreñimiento.

**Material y métodos.** Se estudia el IAG en 529 RN. Éste se obtiene dividiendo las distancias (cm) escroto-ano/escroto-coxis en niños y horquilla vulvar-ano/horquilla-coxis en niñas. Se valoran: edad gestacional, peso, expulsión meconial, calibre anal. Los RN con AA son controlados para valorar estreñimiento. Estudio estadístico mediante t-Student y test de Welch.

**Resultados.** El 49,5% son niños. Edad gestacional: 38,95±2,08 semanas en niñas y 38,54±2,26 en niños. Peso: 3078,79 ±536,69g en niñas y 3166,56±577,93g en niños. IAG medio: niñas 0,40 ± 0,06 y niños 0,53±0,05. Se considera AA en niñas los IAG ≤ 0,30 y en niños ≥ 0,41. El 4,2% de las niñas (11/265) y el 1,5% de los niños (4/261) tienen AA. El IAG de la niña y el niño presentan diferencias estadísticamente significativas (p=0,002). Calibre anal: 9,83±1,16 mm en niñas y 10,21±1,37 en niños (p<0,0001). La evacuación meconial en los RN con AA, es normal. Dos niñas con IAG de 0,26 y 0,30 presentan estreñimiento severo en los primeros meses de vida.

**Conclusiones.** 1) La posición del ano en el periné es más anterior en la niña.

2) El protocolo de valoración del RN debería incluir la determinación de la posición del ano para descartar AA, dada su frecuencia en la niña, como muestra nuestra experiencia (4,2%).

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **La ecografía fetal en el segundo trimestre: interés para el cirujano pediatra.** Ayuso Velasco R, Blesa Sánchez E, Berjano Murga N, Domínguez Arroyo JA, Enríquez Zarabozo EM, Amat Valero S. *Servicio de Cirugía Pediátrica y de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Materno Infantil. Grupo de Investigación en Pediatría PAIDOS (CTS 019). Badajoz. UEX.*

**Objetivos.** El Cirujano Pediatra debe conocer los detalles del diagnóstico ecográfico prenatal para aconsejar a los padres acerca de continuar o no el embarazo y planificar el tratamiento. Aportamos nuestra experiencia al respecto.

**Material y métodos.** Se revisan los informes ecográficos prenatales realizados durante el 2º trimestre entre enero 2005-julio 2009. Recogemos los hallazgos ecográficos. Se anotan la evolución de las alteraciones y el número de abortos. Se comprueban los diagnósticos en los neonatos.

**Resultados.** Revisamos 10.256 ecografías realizadas hacia la 20ª semana. 213 (2,07%) presentan patología susceptible de cirugía pediátrica general. Consisten en: alteraciones urológicas 182 (85,44%); 13 digestivas (6,1%), torácicas 6 (2,8%), polimalformados 6 (2,8%), maxilofaciales 4 (1,88%), 1 (0,47%) teratoma sacrococcígeo, 1 (0,47%) quiste de cordón umbilical. 5 embarazos terminan en aborto y 5 en interrupción voluntaria (IVE). Se confirman 48 uropatías (26,37%), 4 digestivas (30,77%), 4 torácicas(66,66%) y el teratoma.

**Conclusiones.** La detección de malformaciones fetales específicas se realiza con ecografía del 2º trimestre, con incidencia próxima al 2%. Son frecuentes los falsos positivos en los diagnósticos. Los abortos e IVE's son escasos y corresponden fundamentalmente a polimalformados con probable patología urológica y digestiva. A efectos de aconsejar la IVE, consideramos que la ecografía de la 20ª semana tiene escaso valor, como ilustra que sólo 5 de las 160 IVE's corresponden a fetos con patología detectada en el 2º trimestre. Concluimos que, aún reconociendo su utilidad, por los falsos positivos y la evolución favo-

nable en un alto porcentaje de fetos, debemos ser prudentes al aconsejar la actitud con estos fetos.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Traqueomegalia como consecuencia de la oclusión traqueal fetal en pacientes con hernia diafragmática congénita.** Peiró JL, Enriquez G, Urbistondo A, Giné C, Carreras E, Torán N, Martínez-Ibáñez V. *Programa de Cirugía Fetal. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La oclusión traqueal (OT) fetal se utiliza para revertir la hipoplasia pulmonar en la hernia diafragmática congénita (HDC) grave. Desde 2002 realizamos OT fetoscópica con globo endotraqueal a las 26 semanas de gestación, retirándolo 8 semanas después en una segunda fetoscopia. El objetivo es detectar posibles traqueomegalias secundarias a la OT en el periodo postnatal.

**Material y métodos.** Revisión de 18 pacientes con diagnóstico prenatal de HDC y reparación postnatal. Un grupo consta de 6 pacientes supervivientes con HDC grave tratados mediante OT y otro grupo incluye 12 pacientes vivos sin tratamiento prenatal. Se incluyeron pacientes con seguimiento mínimo de 3 años. Se analizaron las medidas de tráquea y bronquios en radiografías simples y tomografía-computarizada en diferentes momentos del seguimiento postnatal. Se realizó un análisis estadístico comparativo entre ambos grupos de pacientes.

**Resultados.** El seguimiento medio es de 5 años (rango 3 a 7 años) con exámenes radiológicos anuales. Se detectó una bronco-traqueomegalia significativa en todos los pacientes tratados intra-útero. A nivel traqueal se observa una forma ovoide que recuerda el globo endotraqueal. Todos los pacientes llevan una vida normal sin complicaciones respiratorias derivadas de esta anomalía.

**Conclusiones.** La OT fetal induce una dilatación en toda la vía aérea por la sobrepresión generada por el líquido intrapulmonar fetal. El globo inflado deforma el cuerpo traqueal que adopta su forma. En nuestra serie de casos, esta dilatación sólo se ha detectado incidentalmente, sin importancia clínica aparente. Será necesario un seguimiento a largo plazo para confirmar la inocuidad de este hallazgo.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Exit (ex utero intrapartum treatment): resultados tras 6 años de experiencia.** Molino JA, Peiró JL, Guillén G, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es evaluar nuestra experiencia con el EXIT en el manejo inicial de pacientes con compromiso de la vía aérea diagnosticados prenatalmente.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los EXIT realizados. Se analizaron datos referentes al diagnóstico prenatal e indicación para el EXIT, semanas de gestación (SG), método de control de la vía aérea, duración del soporte placentario, complicaciones, supervivencia inicial y seguimiento.

**Resultados.** Se realizaron 15 EXIT, las patologías tratadas fueron: HDC (9), teratoma cervical (2) y linfangiomas cervicales (4). La ecografía prenatal fue el método de diagnóstico en todos los casos [SG media 24 (rango 19-35)]. La SG media de la colocación de PLUG en HDC fue la 26,8, en cinco casos se realizó una nueva fetoscopia para la extracción del balón (SG 34,7). El EXIT se realizó de manera urgente en 6 casos, bien por malestar fetal (1) o causas maternas (5) La SG media fue la 35. La duración del soporte placentario varió entre 3 y 20 minutos. Durante el procedimiento se realizó una traqueostomía y 14 intubaciones nasotraqueales, 5 precedidas de broncoscopia para extracción del balón y una tras resección parcial del tumor. Hubo una complicación fetal (sangrado quístico de un linfangioma) y una complicación materna (atonía uterina). No hubo ningún éxito.

**Conclusiones.** El procedimiento EXIT es una opción segura para el manejo inicial de la vía aérea comprometida diagnosticada prenatalmente. En casos de compromiso grave de la vía aérea es aconsejable un seguimiento en centros con equipos multidisciplinares familiarizados con dicho procedimiento.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Peritonitis meconial: Hallazgo prenatal y presentación postnatal.** Brun N, Peiró JL, Curbelo M, Giné C, J Lloret, Marínez-Ibáñez V. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** La peritonitis meconial (PM) es una peritonitis química estéril producida por una perforación intestinal in útero. Los hallazgos ecográficos prenatales son variados igual que la presentación postnatal. El objetivo es un estudio retrospectivo de PM en nuestro centro en los últimos cinco años comparando los hallazgos prenatales y la presentación postnatal

**Material y métodos.** Revisión de los hallazgos prenatales y postnatales en pacientes afectados de PM en nuestro centro en los últimos 5 años

**Resultados.** Encontramos cuatro pacientes afectados de PM; tres diagnosticados prenatalmente. Dos casos se detectó polihidramnios y dilatación intestinal en ecografías prenatales. En ecografía postnatal se observó líquido libre y dilatación ileal. Un paciente debutó con neumoperitoneo; en intervención quirúrgica se halló líquido meconial intrabdominal y atresia ileal tipo apple peel. El otro paciente presentó distensión abdominal, se aisló atresia ileal tipo I. El tercer paciente se detectó prenatalmente dilatación intestinal con tumoración quística abdominal y polihidramnios, en intervención quirúrgica y se aisló estructura quística llena de líquido meconial y atresia ileal. El último paciente se trata de RNAT con ecografías prenatales congruentes que presentó distensión abdominal al nacimiento e hidrocele izquierdo. Se realizó ecografía abdominal observando abundante líquido libre intrabdominal sin distensión de asas y en bolsa escrotal izquierdo imagen compatible con hernia. Con la sospecha de hernia inguinal con sufrimiento de asas se realiza intervención quirúrgica aislando meconio en bolsa escrotal, se realizó laparotomía exploratoria aislando PM sin perforación

**Conclusiones.** La PM presenta una gran variedad de hallazgos intrabdominales. Los hallazgos ecográficos prenatales nos pueden ayudar a su diagnóstico.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Enfermedad de Hirschsprung asociada a atresia de colon y achalasia del esfínter anal interno.** Tirado Pascual M, Sánchez Díaz F, Primellez Díaz A, Argos Rodríguez MD, Pérez Rodríguez J, Galiano Duro E. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** Las atresias intestinales comprenden un variado espectro malformativo de etiología diversa que comprometen tanto al intestino delgado como al colon, siendo estas últimas mucho menos frecuentes. La enfermedad de Hirschsprung se asocia a otras malformaciones intestinales, sobre todo atresia de íleon terminal o malrotación. La achalasia de esfínter anal interno en la enfermedad de Hirschsprung se relaciona con la alteración en la inervación del esfínter. No ha sido publicado ningún caso clínico que combine las tres patologías.

**Material y métodos.** Presentamos el caso clínico de un recién nacido trasladado con 40 horas de vida a nuestro centro por vómitos biliosos. Con el diagnóstico de obstrucción intestinal baja, es intervenido de urgencia evidenciándose atresia de colon ascendente, por lo que se realiza cecostomía y toma de biopsia, con el resultado de presencia de células ganglionares. Tras un mes y medio, se decide el cierre de estoma mediante anastomosis cecocólica pero es necesaria una reintervención al 9º día postoperatorio por cuadro suboclusivo. Se realizan anastomosis terminolateral ileo-cólica tipo Santulli-Donovan e ileostomía terminal, tomándose biopsias que son informadas como pared intestinal aganglionar.

**Resultados.** Después de 14 meses, se lleva a cabo una pancolectomía y descenso transanal según técnica de la Torre. En exploraciones físicas y radiológicas se constata estenosis del esfínter anal interno, por lo que se decide dilatación forzada de ano y posterior esfínterotomía sagital posterior.

**Conclusiones.** El diagnóstico final es atresia de colon ascendente, enfermedad de Hirschsprung y achalasia de esfínter anal interno. Actualmente, se encuentra clínicamente bien, con buena tolerancia y deposiciones diarias normales.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Elongación esofágica toracoscópica para el tratamiento de la atresia de esófago “ultra-long gap”.** González J, Fernández MS, Anselmi E, Argumosa Y, Baquero M, Gil E, Medina MC, Martínez A, Carpintero F, Martínez P. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** El tratamiento de la atresia de esófago (AE) con gran separación de sus cabos (ultra-long gap) es un desafío quirúrgico importante. Las técnicas utilizadas más frecuentemente son la restitución esofágica con estómago o colon, aunque man-

tener el propio esófago es el procedimiento óptimo. La reparación mediante crecimiento esofágico inducido por tracción fue descrita por Foker et al en 1997. Nuestro objetivo es describir una combinación de toracoscopia y endoscopia digestiva para la realización de este procedimiento.

**Material y métodos.** Neonato con AE sin fístula, bolsón proximal en T2, inferior diafragmático (separación: 8 cuerpos vertebrales) y gastrostomía. A los 2 meses realizamos toracoscopia combinada con vídeoendoscopia para colocar suturas de tracción en ambos cabos esofágicos, cuyos extremos marcamos con un clip laparoscópico. Efectuamos tracción diaria de las suturas. Al 7º día de la toracoscopia reparamos la AE mediante anastomosis termino-terminal asociando un colgajo tubulizado del bolsón superior.

**Resultados.** El esofagograma postoperatorio mostró una fuga anastomótica que cerró a los 22 días tras tratamiento conservador. Con 1 año de vida y 3 dilataciones neumáticas, el niño tolera su alimentación por boca sin problemas.

**Conclusiones.** La reparación esofágica de la AE ultra-long gap es posible realizarla mediante tracción, aun cuando exista una separación de toda la longitud esofágica torácica. La colocación de las suturas se facilita con la combinación de toracoscopia y endoscopia digestiva, como mostramos en el vídeo. Para evitar el desgarro del muñón esofágico, colocamos las suturas transmurales. La endoscopia muestra que la tracción de la sutura evita la fuga salivar y la mediastinitis.

*Forma de presentación: Video.*

- **Derivación biliar parcial laparoscópica en el tratamiento de la colestasis intrahepática familiar.** Fuentes S, Cano I, Benavent MI, García A, López M, Moreno C, Morante R, Gómez A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** La colestasis intrahepática familiar es una entidad muy poco frecuente cuyo tratamiento definitivo es el trasplante hepático. Como medida previa al mismo y en algunos casos alternativa se plantea la derivación biliar parcial interna o externa. El objetivo de este vídeo es mostrar un caso tratado por vía laparoscópica en nuestro centro.

**Material y métodos.** Se realizó revisión del caso clínico tratado y revisión de la literatura

**Resultados.** Caso clínico: Niño de 1 año afectado de colestasis intrahepática familiar (síndrome de Byler). Presenta alteraciones del perfil hepático con elevación de transaminasas y enzimas de colestasis, hiperbilirrubinemia y clínicamente prurito intratable. Se realizó un abordaje laparoscópico, individualizando un asa de yeyuno medio que se ascendió transmesocólica y se anastomosó a la cúpula vesical mediante sutura intracorpórea. El extremo distal se remodeló realizando estoma en hipocondrio derecho. Como única complicación postoperatoria apareció un hematoma intravesicular diagnosticado mediante introducción de contraste por el estoma, que se resolvió espontáneamente. Actualmente presenta una mejoría sustancial de su función hepática y desaparición del prurito.

**Conclusiones.** La derivación biliar parcial es un procedimiento que ayuda a mejorar la función hepática y la clínica en los niños afectados de colestasis intrahepática familiar retrasando o incluso evitando el trasplante. La realización de esta técnica mediante laparoscopia es factible y segura y permite una más rápida recuperación y mejor resultado estético.

*Forma de presentación: Video.*

- **Modificaciones en la colocación de un PEG por técnica de “Push”.** Tuduri Limousin I, Jiménez Crespo V, Morcillo Azcárate J, Aspiazú Salinas DA, Gracia Velilla A, Cabello Laureano R, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Desde que se describiera la colocación endoscópica de la gastrostomía percutánea, la técnica de tracción o “pull” ha sido la referencia. En los últimos años se han desarrollado equipos que permiten la colocación por técnica de empuje o “push”. Sin embargo, puede resultar más prolongado y no exento de riesgos.

Queremos presentar nuestra experiencia con este vídeo y los trucos que nos han permitido reducir el tiempo operatorio y minimizar los riesgos.

**Material y métodos.** Filmación de una serie de casos editada en tiempo real. Las modificaciones técnicas son:

1. Preparación previa del equipo para reducir la manipulación una vez iniciada la endoscopia.
2. Introducción mínima de los anclajes y retirada precoz de la guía para evitar daños en la cara posterior del estómago.
3. Disección generosa del trayecto, facilitando la introducción del dilatador.
4. Sellado de los dilatadores con un tapón de vía intravenosa para evitar la fuga aérea, que disminuiría la tensión gástrica. Evitamos traccionar de la pared abdominal que produce la ruptura de los anclajes.
5. Dilatación del trayecto en bloque, evitando daños a la cara posterior del estómago y agilizando el procedimiento.

**Resultados.** Tras diez casos, el tiempo operatorio se ha reducido a un rango de 5-10 minutos (últimos 5 casos, una vez superada la curva de aprendizaje).

La única complicación observada ha sido el rechazo de los anclajes, no teniendo ninguna infección de la gastrostomía.

**Conclusiones.** Una vez dominada, la técnica de empuje es superior a la tradicional de tracción, al ser más rápida, estéril y cómoda para el paciente.

*Forma de presentación: Video.*

- **Gastrostomía laparoscópica en prematuro de 1.000 gramos con atresia de esófago tipo I.** Cabrejos Perotti K, Sánchez Morote JM, Ruiz Prunedra R, Girón Vallejo O, Aranda García MJ, Roques Serradilla JL, Hernández Bermejo JP, Trujillo Ascanio A, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** Los pacientes con atresia esofágica tipo I o long gap precisan la realización de una gastrostomía para alimentación que de forma clásica se ha realizado por laparotomía.

**Material y métodos.** Presentamos el video de una paciente recién nacida pretérmino de 29 semanas con un peso de 1050 g y diagnóstico prenatal de atresia esofágica sin fístula que se confirmó al nacimiento. Se realiza laparoscopia en las primeras horas de vida mediante trocar supraumbilical para la óptica y la introducción de pinza sin trocar en un orificio en hipocondrio izquierdo, el cual se amplía para la extracción del estómago y la realización de la gastrostomía.

**Resultados.** El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, iniciándose la alimentación a través de la sonda en 48 horas.

**Conclusiones.** La gastrostomía asistida por laparoscopia es una técnica segura, fácil de realizar y con excelentes resultados incluso en niños de muy bajo peso.

*Forma de presentación: Video.*

## COMUNICACIONES ORALES IX: ONCOLOGÍA

- **Nueva clasificación pronóstica pretratamiento del neuroblastoma: aplicación en una serie de más de 5 años de seguimiento.** Mangas L, Couselo M, Marijuan V, Cortes J, Salvá R, Castell V, Costa E, García Sala C. *Hospital la Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Reclasificar una serie retrospectiva según la INRGSS y analizar su situación actual tras más de 5 años de evolución.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de neuroblastomas del Servicio de Oncología y Patología de la Universidad de Valencia durante 2000-2004, quedando incluidos 23 casos. Se estudia edad al diagnóstico, histología, biología molecular (MYCN, 1p, 11q, 17q, ploidía), estadio INSS e INRGSS, grupo pronóstico SIOP-e e INRG, INPC-Shimada, protocolo tratamiento, trasplante de médula ósea, número de cirugías, estado actual y tiempo de seguimiento.

**Resultados.** Edad media al diagnóstico es 1,57, rango (0,02-5,58) y mediana 1,27 años. Tiempo de seguimiento medio 76,7, rango (4-112) y mediana 78 meses. El 47,8% son neuroblastoma pobremente diferenciados (11), 21,7% indiferenciados (5), 21,7% en diferenciación (5), 4,4% ganglioneuroblastoma intermezclado (1) y 4,4% neuroblastoma no filiado (1). Estadios INSS: I 17,4% (4), 3 43,5% (10) y 4 39,1% (9). Estadios INRGSS: L1 17,4% (4), L2 47,8% (11), M 34,8% (8). El 30,5% han fallecido (7), 39,1% libres de enfermedad (9), 21,7% resto estable (5) y 8,7% recidiva local (2). El 47,8% se mantienen en el mismo estadio de riesgo y 52,2% bajan, de los cuales 7 libres de enfermedad, 4 resto estable y 1 fallecido.

**Conclusiones.** Los nuevos estadios y grupos de riesgo son reproductibles y pretratamiento. La mitad de nuestra serie ha descendido de grupo de riesgo y el punto decisivo ha sido en algu-

no la biología molecular. Es difícil ajustar la agresividad del tratamiento, pero poder preveer el comportamiento del tumor puede ser un principio.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Criopreservación ovárica en niñas con cáncer: nuevos retos.** Sanchís G, Gregoraci A, Cortés J, Andrés M, Macián A, García Sala-Viguer C, Castel V. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** El tratamiento del cáncer infantil provoca menopausia temprana en algunas pacientes. La criopreservación de corteza ovárica (COP), para futuro autotrasplante, permitirá enfrentarnos al fallo ovárico precoz y las alteraciones de la capacidad reproductiva de las supervivientes.

**Material y métodos.** Inclusión de pacientes oncológicas pediátricas de alto riesgo gonadotóxico: radioterapia pélvica, altas dosis de radioterapia craneal o agentes alquilantes, acondicionamiento para trasplante hematopoyético (TPH) o patología ovárica bilateral. Antes del tratamiento, se realiza laparoscopia para extirpación de tejido ovárico coincidiendo con implantación de catéter venoso central (CVC). Equipo coordinado de oncólogo-cirujano-especialista en fertilidad descarta malignidad en la muestra y confirma presencia de folículos primordiales para su criopreservación, que se remiten al Banco de Tejidos de la Comunidad Valenciana.

**Resultados.** De julio de 2008 hasta el momento actual tratamos a 6 pacientes, entre 8 y 18 años, con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin (n=2), Leucemia Mieloide Aguda, Sarcoma de Ewing pélvico metastásico, teratoma ovárico bilateral y Meduloblastoma metastásico. En 1 caso la COP es posterior a 1 ciclo de quimioterapia, en otro se realiza después del acondicionamiento de TPH y en 3 se coloca el CVC en el mismo acto anestésico. Se realiza ooforectomía completa excepto en 2 casos en que es parcial, asociando pexia ovárica en 1 ocasión. Todas las muestras fueron válidas.

**Conclusiones.** La COP de los casos seleccionados se realizó de forma segura, sin complicaciones y sin demora del tratamiento oncológico. Podemos afirmar que la primera experiencia nacional en este tipo de abordaje ha sido satisfactoria.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Cirugía de las deformidades de la columna: secuelas del tratamiento de los tumores neurales.** Barrena S, de la Torre C, Miguel M, Ramírez M, Díaz M, Martínez R, Sánchez Pérez-Grueso F, Lassaletta L, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La cirugía de los tumores neurales puede implicar abrir el canal medular, resección costovertebral y/o radioterapia, que pueden provocar deformidades de la columna (DC). Investigamos la incidencia, indicaciones y resultados de la reparación de las DC en una amplia serie de tumores neurales.

**Método.** Revisamos retrospectivamente los tumores neurales (1991-2009), y de éstos, aquellos que posteriormente requirieron cirugía de la columna vertebral. La DC se midió de forma anual en grados de Cobb (GC) indicándose instrumentación en aquellos con deformidad rápidamente progresiva o con más de 60°GC. El tipo de operación se eligió según la ubicación, tipo y GC.

**Resultados.** De 188 pacientes con tumores neurales (5/173 neuroblastomas; 3/15 Askin) desarrollaron DC. Tres pacientes con neuroblastoma requirieron laminotomía y 2 laminectomía. Los pacientes con tumores de Askin sufrieron grandes resecciones costales y/o del cuerpo vertebral complementadas con radioterapia. Cuatro presentaron escoliosis torácica, toracolumbar en 3 y cervico-torácica en 1. La desviación pre-instrumentación fue de 65°GC (50-100), una mediana de tiempo de 2,9 (0,4-11) años después de la extirpación del tumor. Se utilizaron 3 barras de crecimiento, 2 VEPTER, 1 ISOLA pediátrico y 1 instrumentación anterior. Tres pacientes necesitaron artrodesis. La deformidad tras 3,1 (0,2-12,2) años fue de 40°CD (20-50), un 38,4% de mejora.

**Conclusiones.** Un porcentaje considerable de pacientes con tumores neurales pueden desarrollar DC que requiera cirugía compleja a largo plazo. El cirujano pediátrico ha de ser consciente y prestar atención a este tipo de secuelas.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Hepatoblastoma de alto riesgo: resultados en un centro con trasplante pediátrico.** Barrera S, Hernández F, Miguel M, de la Torre C, Andrés AM, Encinas JL, Leal N, Martínez L, Murcia J, Gámez M, García Miguel P, Lopez-Santamaría M, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Conocer los resultados del tratamiento del hepatoblastoma de alto riesgo (HAR) en un centro con trasplante hepático (TH).

**Material y métodos.** Se revisaron 57 pacientes con hepatoblastoma tratados entre 1991-2009. Los HAR se definieron según los criterios de la SIOP (PRETEXTIV, enfermedad extrahepática, rotura tumoral y AFP < 100 ng/ml). El tratamiento consistió en resección, incluyendo hepatectomía y trasplante cuando fue necesario y quimioterapia según protocolo SIOPEL.

**Resultados.** 23/57 eran HAR (11M/12V) 17 eran irreseccables, 2 con enfermedad extrahepática y 3 con ambas. La edad al diagnóstico fue de 2,3±2,4 años. Tres fallecieron antes de operarse, en 4 se resecó el tumor, 15 precisaron TH primario y 1 TH de rescate. El seguimiento fue de 4,8±2,9 años. Dos niños con resección desarrollaron metástasis pulmonar a los 1,7 y 1,6 años y sobreviven tras la resección. Dos con TH desarrollaron un linfoma por VEB y una leucemia respectivamente. Seis fallecieron (3 sin cirugía, 1 resección, 1 TH primario y 1 TH de rescate). El tiempo libre de enfermedad a 1, 5 y 10 años fue 78,3±8,6%, 63,1±10,5%, y 63,1±10,5% respectivamente. La supervivencia global a 1, 5 y 10 años fue 78,3±21,7%, 73,2±26,8% y 73,2±26,8%. Para aquellos que recibieron TH primario fue 93,3±6,4%, 93,3±6,4% y 93,3±6,4%.

**Conclusiones.** Es posible obtener buenos resultados en el HAR siempre que los pacientes sean referidos precozmente a un centro terciario y éste disponga de TH, incluyendo la donación de vivo.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Experiencia en el manejo de el niño con hamartoma hepático en un hospital de referencia.** Moreno Flores M, Aguirre Jauregui OM, Orozco Pérez J, Betancourt Benavides JA, Benavent Gordo I *OPD Hospital Civil de Guadalajara, México.*

**Objetivos.** Reportar la experiencia en el estudio y manejo de este tipo de lesiones.

**Material y métodos.** Durante un periodo de 7 años (2001-2008), se revisaron los casos ingresados al servicio de cirugía pediátrica de nuestra unidad, con diagnóstico de hamartoma hepático, evaluando: presentación clínica, imagenología, manejo quirúrgico y pronóstico.

**Resultados.** Se trataron 6 pacientes, 5 femeninos y 1 masculino, con edades de de 1 a 36 meses promedio de 18 meses. Manifestaciones clínicas: distensión abdominal progresiva 6, vómitos 4, masa palpable 4, ictericia 1, diarrea 1. Estudios de imagen: Rx de abdomen en 3 opacidad de lado derecho, ultrasonido de abdomen con masa quística septada en 6, tomografía abdominal afectación de lóbulo derecho 3, lóbulo izquierdo 2, bilateral 1. Manejo quirúrgico: marsupialización 1, lobectomía derecha 3, segmentectomía 2. Complicaciones: hemorragia (defunción) 1. Pronóstico: bueno si la resección es completa, malo si es bilateral.

**Conclusiones.** Toda masa hepática palpable y de predominio quístico deberá sospecharse de hamartoma. La tomografía y el ultrasonido son los estudios de elección para diagnóstico y extensión. La cirugía sigue siendo la piedra angular del tratamiento definitivo.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Experiencia en el manejo de catéter a permanencia en pacientes oncológicos pediátricos.** Moreno Flores M, Aguirre Jauregui OM, Orozco Pérez J, Benavent Gordo I, Sánchez Zubieta F, Salcedo Flores A. *OPD Hospital Civil de Guadalajara. México.*

**Objetivos.** Describir los resultados de pacientes oncológicos pediátricos que recibieron un catéter permanente.

**Material y métodos.** Durante un periodo de un año de Enero a Diciembre de 2007 se revisaron 65 pacientes que recibieron un catéter permanente en un Hospital de 3er nivel. Se utilizaron medidas de tendencia central.

**Resultados.** Se colocaron catéteres a permanencia a 65 pacientes, 35 fueron masculinos (54%), 30 femeninos (46%). Siendo por diagnóstico la leucemia el más frecuente (59%). De los 65 pacientes a (66%) se les instaló por Seldinger en subclavias, y a 20 por venodisección (34%). Se colocaron 8 Catéteres Hickman (12%) y 57 de puerto (88%). La ubicación radio-

gráfica de punta de catéter se localizaron en aurícula derecha (91%), vena cava inferior (4.5%), cava superior (4.5%). Las complicaciones quirúrgicas presentadas fueron hematoma del sitio de punción (2 pacientes), hematoma de cuello (2 pacientes), hematoma del reservorio (2 pacientes), neumotórax (1 paciente), hemotórax (1 paciente), sangrado del sitio de punción (1 paciente). Se infectaron 5 catéteres, se retiraron 4, sólo uno respondió a la terapia antimicrobiana. Los cultivos aislaron: *Serratia rubidaea* (1), *Proteus vulgaris* (1), Gram - (1), *Acremonium* sp (1), no se aisló germen (1). Se retiraron 6 catéteres; 4 De Puerto infectados y 2 Hickman por alta.

**Conclusiones.** Los catéteres a permanencia son fundamentales en el manejo del paciente oncológico pediátrico mejorando su calidad de vida, Además que la morbilidad y mortalidad no se ve incrementada con el uso de estos dispositivos. Dentro de las complicaciones, la infección sigue siendo el mayor reto.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Manejo quirúrgico del tumor de Wilms con extensión cavo-atrial.** Aspiazu DA, Cabello R, Pérez S, Álvarez A, Ramírez G, de Agustín JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Madrid.*

**Objetivos.** Presentar nuestra experiencia en 5 casos de Tumor de Wilms (TW) con neoplásico cavo-atrial. Validar el protocolo terapéutico médico-quirúrgico en estos pacientes.

**Material y métodos.** Presentamos 5 casos de tumor de Wilms (TW) que presentaron al diagnóstico trombo neoplásico con extensión cavo-atrial. Recogimos datos demográficos, diagnósticos, terapéuticos y complicaciones tras el tratamiento.

Revisamos la bibliografía relacionada y su tratamiento.

**Resultados.** De los 5 casos, 4 presentaron al diagnóstico trombo neoplásico que alcanzaba la aurícula derecha (AD) y 1 hasta la cava infrahepática. Todos los pacientes recibieron tratamiento preoperatorio (protocolo SIOP 2001). En todos hubo reducción del trombo tumoral, en 3 persistía el trombo en AD, en uno se redujo hasta la cava retrohepática y en el restante quedó reducido a la vena renal.

Realizamos tumornefrectomía más trombectomía en todos los casos, requiriendo circulación extracorpórea (CEC) en los que el trombo llegaba a AD; en los otros dos la extracción se realizó mediante cavotomía. El diagnóstico y seguimiento se realizó mediante tomografía, ultrasonografía abdominal y ecocardiografía. En uno de los pacientes hubo que realizar tratamiento anticoagulante con heparina por presentar trombo no neoplásico en cava superior. No se encontraron otras complicaciones en el resto de pacientes.

**Conclusiones.** La utilización de CEC en los TW con extensión cavo-atrial es una técnica justificada y su uso permite la resección tumoral de una manera segura, facilitando el procedimiento quirúrgico.

El tratamiento preoperatorio ha demostrado su eficacia en la reducción de los trombos tumorales y facilita la intervención quirúrgica posterior.

Un adecuado diagnóstico por imágenes permite una correcta planificación terapéutica.

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Pseudotumor inflamatorio en pediatría: resultados de nuestra serie.** Brun N, Guillén G, C Marhuenda, Barceló C, Gallego S, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** El pseudotumor inflamatorio es una entidad rara con una gran variabilidad de presentación clínica, evolución y pronóstico. Puede presentarse agresivamente como invasión de órganos vecinos, recurrencia e incluso metástasis a distancia. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. Existen pocas series de casos publicadas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de pseudotumor inflamatorio diagnosticados y tratados en nuestro centro en los últimos diez años.

**Resultados.** Identificamos 5 pacientes. La mediana de edad fue de 10 años (rango 17 m-14 a). Los tumores se localizaban en pulmón (4 casos) y abdomen (1 caso). En 2 casos existía un antecedente de asma intrínseca y en 3 se etiquetó inicialmente de neumonía. En todos los casos la radiografía de tórax mostró una imagen redondeada que persistía en el tiempo. Los marcadores tumorales, así como el PPD fueron negativos. En dos pacientes se realizó biopsia preoperatoria que no fue concluyente y en todos los casos el diagnóstico definitivo se realizó tras la resección quirúrgica del tumor. En todos se realizó resección quirúrgica completa, que en los casos pulmonares supuso lobectomía. El seguimiento de todos los pacientes ha sido satisfactorio (rango 2 meses-9 años) sin presentar recidivas ni metástasis a distancia.

**Conclusiones.** El pseudotumor inflamatorio es una entidad rara de difícil diagnóstico debido a su variada presentación clínica. Puede alcanzar tamaños considerables y producir invasión local. Dado el escaso rendimiento de la PAAF, la cirugía suele dar el diagnóstico definitivo. El tratamiento quirúrgico con márgenes adecuados es fundamental

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Tumores testiculares: Amplio espectro en nuestra breve casuística.** Anton L, Barrientos G, Pérez Etchepare E, Gómez Sirvent J, Soriano D, Gómez Culebras M, Tracchia R. *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** Los tumores testiculares ocurren en 0.5-2/100.000 niños, son el 1-2% de todos los tumores sólidos prepuberales. Los derivados de células germinales son los más frecuentes. La historia clínica, ecografía testicular y abdominal,  $\alpha$ -fetoproteína y gonadotropina coriónica; niveles de estrógenos y andrógenos, FSH y LH determinan el diagnóstico. La anatomía patológica determina la celularidad específica.

**Material y métodos.** Aportamos seis casos, tres tumores de células germinales: un tumor de saco de yolk en un niño de 18 meses y dos teratomas maduros en niños de 2 y 11 años que se presentaron como masa testicular indolora sin otra sintomatología. Dos tumores estrumales: uno derivado de las células de Leyding y otro de las células de la granulosa; a la masa testicular palpable se añadió pubertad precoz en estadio II-III de Tanner en el primero y en el segundo ginecomastia en estadio III de Tanner y pubertad precoz en estadio IV. El sexto caso, lipoma paratesticular con masa palpable en base de teste.

**Resultados.** El tratamiento fue la orquidectomía radical en cuatro casos, la resección de la masa paratesticular en otro y la tumorrectomía por vía escrotal en el tumor de células de Leyding. El tumor de saco de yolk requirió quimioterapia, con buena evolución. La disección linfática retroperitoneal no está recomendada.

**Conclusiones.** historicamente los tumores testiculares prepuberales se han tratado como los adultos. Recientes algoritmos optimizan la preservación testicular y minimizan la morbilidad de terapias adyuvantes. Muchos son benignos y pueden ser tratados con preservación del teste. Tumores malignos localizados pueden ser tratados por orquidectomía

*Forma de presentación: Oral 3 min.*

- **Dispositivos intravasculares centrales de implantación subcutánea en los pacientes oncológicos pediátricos ¿podemos minimizar su infección?** Tardáguila A, Cañizo C, Saavedra J, Fanjul M, Santos M, Carrera N, Corona C, Cerdá J, Beléndez C, Peinador M, Galarón P, Sampelayo T. *Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Los dispositivos intravasculares centrales de implantación subcutánea (DICIS) son utilizados frecuentemente en pacientes pediátricos. Su principal complicación es la infección, que puede requerir su retirada. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar los factores de riesgo relacionados con su infección y retirada.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 120 pacientes oncológicos en los que se implantó un DICIS entre los años 2003-2009. Estudiamos factores epidemiológicos, quirúrgicos, clínicos y microbiológicos. Realizamos un análisis comparativo entre: grupo A pacientes que presentaron infección, grupo B el resto. El grupo A se dividió en subgrupos: infección precoz (primer mes postimplantación)/tardía, retirados/no retirados. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** De 120 niños, 29 sufrían leucemia, 19 linfoma y 72 tumor sólido. Un 38,1% presentaron infección (grupo A), siendo precoz en un 41,8%. Un 38% de los dispositivos infectados requirió retirada. Analizando los factores relacionados con la infección se encontró diferencia estadísticamente significativa en la edad ( $p=0.016$ ). El resto de parámetros analizados no arrojaron resultados significativos, aunque se observó una mayor tendencia a la infección en los pacientes diagnosticados de leucemia, los que recibieron tratamiento quimioterápico en la semana previa a la colocación y en los trasplantados.

**Conclusiones.** En nuestra serie la infección del DISCIS fue más frecuente en pacientes de menor edad. Ningún factor quirúrgico analizado se relacionó con la infección. La mayor tendencia a la infección en los pacientes con leucemia, trasplantados y que recibieron quimioterapia previa hacen necesario un estudio prospectivo con mayor número de pacientes

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Resección mediante laparoscopia asistida por robot de una masa en la cola del páncreas.** Marhuenda C, Guillén G, Giné C, Barceló C, Martínez Ibáñez V. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Las masas pancreáticas son raras en la infancia. El objetivo de la comunicación es mostrar la técnica de resección laparoscópica asistida por robot en un caso.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de la historia clínica de la paciente.

**Resultados.** Paciente de 13 años de edad. Acudió a su pediatra por presentar episodios de dolor epigástrico (de 3 a 5 días de duración) de varios meses de evolución, sin otra sintomatología. No antecedentes de traumatismo abdominal o pancreatitis.

La analítica general muestra un elevación de la amilasa sérica. Se le practica una ecografía abdominal que evidencia una imagen nodular de 4 cm de diámetro en la cola del páncreas. Resonancia Nuclear Magnética: masa sólida, ovoide, bien delimitada y poco vascularizada; no invade estructuras vecinas. La punción guiada por TAC orienta la lesión como un teratoma quístico maduro versus quiste dermoide.

Se interviene, realizándose laparoscopia asistida por el robot da Vinci. Se practica disección de la lesión, separándola de la cola del páncreas y sutura del muñón pancreático. Es dada de alta sin complicaciones a las 48 horas y el control a los 6 meses de la intervención, es normal.

Anatomía patológica: duplicación gastrointestinal.

**Conclusiones.** Las masas pancreáticas son muy raras en la infancia. El abordaje laparoscópico aporta al paciente las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, a las que se suman, para el cirujano, la visión tridimensional y la facilidad para la disección y la sutura propias de la robótica.

Este es el primer caso de cirugía pancreática realizado con robótica en nuestro país.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

## VIDEOS SELECCIONADOS PARA EXPOSICIÓN

1. **Cirugía reconstructiva del epispadias femenino.** Aguilar R, Burgos L, Rando A\*, De la Torre C, Sánchez F, Martínez MJ, Jaureguizar E. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Urología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. \*Servicio de Urología. Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** El epispadias femenino aislado es una entidad muy poco frecuente. Su incidencia es de 1/484.000 r.n. vivos. Se manifiesta por incontinencia urinaria y malformación de genitales externos. Presentamos el caso de una paciente remitida para estudio y tratamiento de epispadias femenino

**Material y métodos.** Se trata de una niña de un año de vida, sin diagnóstico prenatal de malformación genital. Desde el nacimiento presentaba incontinencia urinaria, uretra epispádica, bifidez de labios menores y clítoris y diástasis de pubis. La CUMS y la ecografía no mostraban alteraciones. Fue intervenida realizándose reimplantación ureteral bilateral según técnica de Cohen, uretrotrigonoplastia, aproximación de pubis y fusión de clítoris.

**Resultados.** El periodo postoperatorio transcurrió sin incidencias. En la actualidad la paciente no ha alcanzado edad de continencia, pero la vejiga tiene un volumen adecuado para su edad, el esfínter es competente y el resultado estético es satisfactorio.

**Conclusiones.** El espectro de anomalías en la embriogénesis del tracto urinario femenino es muy amplio. Su diagnóstico y tratamiento precoz puede mejorar el desarrollo de estos pacientes. La corrección completa en un solo estadio, del epispadias femenino, aporta buenos resultados estéticos y funcionales

*Forma de presentación: Video.*

**2. Biopsia renal abierta mediante minilumbotomía y “punch”.** Blesa Sánchez E, Ayuso Velasco R, Amat Valero S, Enríquez Zarabozo EM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil. Grupo de Investigación en Pediatría PAIDOS (CTS 019). Badajoz. SES. UEX.*

**Objetivos.** El método de obtención de una biopsia renal debe garantizar la toma de una muestra suficiente, con una técnica lo menos invasiva posible, y lo más segura y efectiva. Presentamos nuestra experiencia con un nuevo procedimiento.

**Material y métodos.** Mediante una lumbotomía que permita introducir el dedo índice y 2 separadores de Farabeuf en celda renal, exponemos el riñón, lo biopsiamos con el “punch” de biopsia cutánea de 5 mm de diámetro, extraemos la pieza con una pinza hemostática fina, colocamos una lámina hemostática en el lecho y cerramos la lumbotomía tras comprobar la ausencia de hemorragia. Exponemos la técnica en tiempo real hasta la obtención de la biopsia.

**Resultados.** Con este método, el tiempo transcurrido entre la incisión cutánea y la extracción del tejido no suele sobrepasar los 5 minutos. La calidad en tamaño, profundidad y estructura de la biopsia es excelente. Su división en los 3 fragmentos necesarios para el estudio histológico es sencilla con una aceptación muy satisfactoria por los anatómo-patólogos.

**Conclusiones.** Consideramos que el procedimiento descrito permite obtener mejores muestras que las conseguidas mediante biopsia por punción y de igual calidad o mejor que las tomadas por lumbotomía y biopsia abiertas clásicas. Además, nos permite realizarla en un tiempo corto, con una incisión muy pequeña y menor hemorragia. La evolución postoperatoria suele ser excelente.

*Forma de presentación: Video.*

**3. Importancia de la cistouretrografía en el diagnóstico y tratamiento de la vulvoganoplastia.** Blanco JA, De Diego M, Isnard RM, Castellví A. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivos.** Mostrar que la cistouretrografía es una técnica que nos permite la visión directa del abocamiento de la vagina a uretra en aquellas entidades de las anomalías de la diferenciación sexual que presentan un sinus urogenital.

**Material y métodos.** Mostramos la ventajas e inconvenientes de la cistouretrografía, respecto a las otras pruebas diagnósticas que tenemos como la ecografía, ecografía transrectal, tomografías, etc.

La cistouretrografía se realiza bajo anestesia, nos permite una visión completa de uretra, vejiga y vagina.

**Resultados.** Destacamos que la visión directa, que nos permite esta técnica, es fundamental para conocer a que nivel de uretra aboca la vagina, dato fundamental para elegir el tipo de técnica quirúrgica y la estrategia terapéutica que debemos seguir en cada paciente.

**Conclusiones.** En conclusión podemos asegurar que es la prueba de elección para conocer el nivel de abocamiento de vagina a uretra en pacientes que presentan un sinus urogenital.

La visión directa de uretra, vagina y vejiga nos permitirá elegir correctamente el tipo de técnica quirúrgica y la estrategia terapéutica correcta para corregir los genitales ambiguos de estos pacientes.

*Forma de presentación: Video.*

**4. Hernia diafragmática traumática intervenida por toracoscopia.** De Mingo Misena L, Cortés Gómez MJ, Güemez G. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** La hernia diafragmática puede ser secundaria a traumatismos. A veces en muy raros casos, la sintomatología se produce de una manera tardía.

**Material y métodos.** Presentamos un video sobre el caso clínico de una paciente de 7 años de edad con el diagnóstico de Hernia diafragmática izquierda. Un año antes había tenido un atropello con lesión hepática, Traumatismo craneo-encefálico, contusión pulmonar y fractura pélvica, con buena evolución de todas sus lesiones. Un año después comienza con cuadros de dolor agudo en hipocondrio izquierdo diagnosticándose de hernia diafragmática izquierda.

La paciente fue intervenida por toracoscopia por medio de 3 trocares llevándose a cabo una reintroducción del epiplon a la cavidad abdominal y el cierre del orificio diafragmático con varios puntos sueltos.

**Resultados.** El abordaje por tórax nos permitió un buen campo de trabajo. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio.

**Conclusiones.** La hernia diafragmática traumática se ve en raras ocasiones. Más rara es su presentación de una manera dife-

rida un año después del traumatismo. La clínica que se produce es la de dolor en hipocostado debido a las estructuras abdominales que se introducen en el tórax. La Toracoscopia es una muy buena vía de abordaje quirúrgico.

*Forma de presentación: Video.*

- 5. Reintervención laparoscópica de hernia de Morgagni conservando la prótesis.** Ruiz Pruneda R, Roqués Serradilla JL, Mira Navarro J\*, Aranda García MJ, Sánchez Morote J, Girón Vallejo O, Cabrejos Perotti K, Trujillo Ascanio A, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. \*Hospital General de Alicante.*

**Objetivos.** La hernia de Morgagni representa menos del 2% de los defectos diafragmáticos y supone menos del 6% de las intervenciones quirúrgicas por esta causa. Su diagnóstico se suele realizar en la adolescencia o el periodo adulto. Desde la introducción de la cirugía mínimamente invasiva se han descrito diversos abordajes y técnicas quirúrgicas para su tratamiento tanto de forma primaria como tras recurrencia después de la primera intervención.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un niño de 5 años síndrome de Down con una hernia diafragmática anterior que se intervino laparoscópicamente a los 23 meses con prótesis de polietileno suturada con seda dejando los puntos anteriores en tejido celular subcutáneo. El niño presentó una evolución favorable en principio hasta que comenzó a rechazar y expulsar uno a uno todos los puntos de seda hasta que la hernia se reprodujo. A los 2 años se reintervino también a través de 3 trocares y encontramos la prótesis bien integrada y anclada al diafragma y recubierta por epitelio similar al circundante y desinsertada de la pared anterior. Se suturó el defecto anterior con monofilamento irreabsorbible sin exteriorización de los puntos para evitar rechazos.

**Resultados.** Los controles clínicos y radiológicos un año después son normales.

**Conclusiones.** Son bien conocidas las ventajas que ofrece la cirugía mínimamente invasiva y una de ellas es la posibilidad de reintervenir una patología por la misma vía.

*Forma de presentación: Video.*

- 6. Hernia de Morgagni intervenida por laparoscopia.** De Mingo Misena L, Alvarez Bernaldo de Quirós M, Flórez Pérez F. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** La hernia diafragmática de Morgagni es una malformación relativamente poco frecuente que clásicamente se intervenía por laparotomía. La Laparoscopia ofrece una vía estupenda de abordaje y resuelve esta anomalía con muy buen resultado.

**Material y métodos.** Presentamos un video de un caso clínico de un paciente de 5 meses de edad con una hernia diafragmática de Morgagni. En sus antecedentes es un paciente con síndrome de Down y había sido diagnosticado a los 3 meses de edad al ingresar por un cuadro respiratorio sospechoso de bronquiolitis. En

la Rx de tórax se apreció el diagnóstico, así como con el enema opaco, presentando una gran cantidad de intestino en el tórax.

**Resultados.** La intervención se lleva a cabo por laparoscopia con 3 trocares de 5 mm y una pequeña incisión en la pared anterior del abdomen para anudado de los diferentes puntos de sutura. La hernia contenía gran cantidad de intestino grueso así como un segmento del hígado. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

**Conclusiones.** La laparoscopia ofrece una estupenda exposición de la anomalía y permite una sutura sencilla del orificio herniario.

Sería la indicación ideal en este tipo de patología.

*Forma de presentación: Video.*

- 7. Utilidad diagnóstica y terapéutica de la toracoscopia en un paciente con empiema pleural y tumor torácico.** Pérez Bertólez S, Cabello Laureano R, García Vallés C, Tuduri Limusín I, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La toracoscopia ha revolucionado de forma muy importante la cirugía torácica, que tradicionalmente ha tenido un estigma por lo cruento de los abordajes a la cavidad torácica.

**Material y métodos.** Presentamos un vídeo de una toracoscopia diagnóstica-terapéutica.

**Resultados.** Lactante de 8 meses derivado por su pediatra por sospecha de neumonía con derrame. Al realizarle una ecografía torácica, se evidenció una masa torácica pósterio-inferior derecha y un empiema ipsilateral, hallazgos confirmados mediante TAC. Se realizó toracoscopia para desbridar y drenar el empiema y tomar muestras de la masa mediastínica posterior. La evolución postoperatoria fue favorable, pudiéndose ir de alta a los 10 días completamente asintomático y tras haber iniciado el tratamiento quimioterápico.

**Conclusiones.** Hoy en día, un porcentaje importante de la cirugía torácica se puede realizar mediante cirugía mínimamente invasiva. Este método permite inspeccionar las pleuras, el pulmón, el mediastino, el pericardio, la pared torácica y el diafragma; tomar biopsias de los tejidos, de tumores y de adenomegalias; extirpar algunas lesiones originadas en estos y otros procedimientos.

*Forma de presentación: Video.*

- 8. Manejo laparoscópico del quiste paratubárico.** Lasso Betancor CE, Vázquez Rueda F, Garrido Pérez JI, Ruiz Hierro C, Ibáñez Cerrato LF, Gómez Beltrán O. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** Los quistes paratubáricos conforman no más del 10-20% de las masas anexiales y suelen ser quistes mesoteliales de pequeño tamaño, siendo raros los derivados del paramesonefros y mesonefros. El 80% son asintomáticos y de diagnóstico

incidental. La clínica puede estar causada por torsión o por crecimiento del quiste, hemorragia o perforación. Habitualmente aparece un cuadro de abdomen agudo, situación diagnóstica más frecuente en la infancia. Existe riesgo de malignización y de complicaciones tubo-ováricas, por lo que la actitud terapéutica más aceptada es la resección.

**Material y métodos.** Niña de 12 años con dolor abdominal intermitente de 2 años de evolución y estreñimiento en los últimos meses. Menarquia a los 11 años y medio, tras la que presenta ciclos irregulares. En la exploración física no se encontraron hallazgos patológicos, pero las pruebas de imagen (ecografía y RNM) demostraron la existencia de una formación quística retrouterina de 7x6cm, dependiente de estructuras anexiales. Los niveles hormonales y los marcadores tumorales fueron normales.

**Resultados.** Ante estos hallazgos se realiza un abordaje laparoscópico abdominal con intención diagnóstico-terapéutica. La gran formación quística se encontraba en íntima relación con la trompa izquierda. Tras evacuar mediante punción-aspiración su contenido, se realizó una quistectomía total mediante bisturí armónico, con preservación de la trompa de Falopio. Diagnóstico histológico definitivo: Quiste Simple derivado de restos müllerianos.

**Conclusiones.** Los quistes paratubáricos son de diagnóstico excepcional en la edad pediátrica.

Las posibles complicaciones y la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial hacen necesaria la cirugía, siendo la laparoscopia el abordaje de elección.

*Forma de presentación: Video.*

**9. Quiste de uraco intervenido por laparoscopia.** De Mingo Misena L, Cortés Gómez MJ. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** El quiste de uraco es una entidad relativamente infrecuente y la mayoría de las veces se diagnostican debido a complicaciones como la infección. Más raro es su diagnóstico casual.

**Material y métodos.** Presentamos un video con el caso clínico de una paciente de 15 años de edad, diagnosticada de hamartoma hipotalámico y pubertad precoz, que en el estudio de endocrinología, en una ecografía abdominal encuentran una masa quística en la pelvis sugerente de quiste ovárico o quiste mesentérico. La tomografía también apuntaba hacia el diagnóstico de quiste mesentérico

**Resultados.** La paciente fue intervenida por laparoscopia con 3 trocares, encontrando una tumoración quística de 5 cm. de eje mayor, en el plano anterior del abdomen con continuidad con la cúpula vesical. Se practicó una extirpación con endograpadora y extracción con bolsa. La paciente fue dada de alta al 5º día de postoperatorio.

**Conclusiones.** El quiste de uraco puede ser diagnosticado de una manera casual debido a ecografías abdominales hechas por otro motivo. Hay que tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial del quiste de ovario o quiste de mesenterio. El abor-

daje e intervención por Laparoscopia es una muy buena solución de este proceso.

*Forma de presentación: Video.*

## POSTERS SELECCIONADOS PARA EXPOSICIÓN

**1. Lactante con estenosis de ureter medio congénito: ¿el tratamiento endourológico es posible?** Parente A, Angulo JM, Romero R, Rivas S, Fanjul M, N Carrera, Corona C, Tardaguila A. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La estenosis congénita de uréter medio es una rara entidad de difícil diagnóstico preoperatorio. Este debe realizarse mediante pielografía, retrógrada o anterógrada. El tratamiento clásico en niños se realiza mediante ureteroureterostomía distal abierta o, en los últimos años, laparoscópica. Presentamos como nuevo abordaje terapéutico en lactantes para esta patología la dilatación retrógrada endourológica.

**Material y métodos.** Lactante de 5 meses de edad con diagnóstico de hidronefrosis congénita con afectación funcional y sospecha de dilatación ureteral ipsilateral.

**Resultados.** En la pielografía retrógrada se encuentra una estenosis de uréter medio severa. Se realiza dilatación endourológica retrógrada con balón de alta presión hasta 6 mm y colocación de stent ureteral que se retira de forma ambulatoria a las 6 semanas sin complicaciones. En el seguimiento al año postoperatorio presenta normalización ecográfica y resolución del patrón obstructivo renográfico.

**Conclusiones.** La pielografía preoperatoria es necesaria en el estudio de las estenosis congénita de la vía urinaria para su diagnóstico diferencial y así poder realizar un adecuado planteamiento quirúrgico. En nuestra opinión la dilatación endourológica retrógrada aporta grandes ventajas sobre las técnicas clásicas al disminuir la morbilidad y permitir el abordaje en el mismo tiempo quirúrgico.

*Forma de presentación: Poster.*

**2. Utilización de endoprótesis esofágicas auto expandibles en el tratamiento de estenosis esofágica por ingesta de cáusticos.** Aspiazu D, Gracia A, Pérez S, Morcillo J, Tuduri I, De Agustín JC. *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Objetivos.** Mostrar nuestra experiencia reciente con el uso de las endoprótesis en un caso de estenosis esofágica por ingesta de cáusticos.

**Material y métodos.** Varón de 2 años diagnosticado de estenosis esofágica severa tras ingesta de cáusticos de 3 meses de evolución, tratado con dilataciones esofágicas retrogradas periódicas a través de gastrostomía sin resultados satisfactorios. Se colocaron 3 endoprótesis esofágicas auto expandibles (dos de 16x60 mm y una de 16x40 mm) a lo largo del 90% del esófago.

**Resultados.** Se obtuvo dilatación total del segmento intervenido y una tolerancia a alimentación oral completa. Luego de 4 semanas tras la retirada de las endoprótesis se observaron dos zonas de 1 cm de largo de estenosis residual que se resolvieron tras dilataciones periódicas con intervalo de 6 semanas. El dolor postoperatorio remitió tras 4 días de tratamiento. Tras el tratamiento se observó que el esófago presentaba adecuada elasticidad y mucosa de apariencia normal. No se observaron otras complicaciones.

**Conclusiones.** La dilatación esofágica con el uso de la endoprótesis esofágica auto expandible durante un mes fue efectiva en el tratamiento de este paciente con estenosis esofágica debida a ingesta de cáusticos de larga evolución.

*Forma de presentación: Poster.*

**3. Traqueo-broncoplastia deslizante en neonato con estenosis carinal. A propósito de un caso.** De La Torre CA\*, Miguel M\*, Hernández F\*, Vázquez J\*, Cabrera M\*\*, Barrena S\*, Aguilar R\*, Ramírez M\*, López S\*, Borches D\*\*\*, Lassaletta L\*, Tovar JA\*. \*Departamento de Cirugía Pediátrica, \*\*Servicio de Neonatología, \*\*\*Servicio de Cirugía Cardíaca Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** La estenosis traqueal congénita se asocia a una alta morbi-mortalidad en el periodo neonatal. Presentamos el caso de un niño con estenosis traqueal congénita con afectación carinal.

**Material y métodos.** Recién nacido varón que presenta para respiratoria a los 30 minutos de vida precisando intubación inmediata. Ante la dificultad para la adecuada ventilación, se realizan broncoscopia flexible y TAC que demuestran una estenosis traqueal a nivel de carina (diámetro de luz de 1.3 mm)

**Resultados.** A los 17 días se lleva a cabo una traqueoplastia deslizante con broncoplastia bilateral bajo circulación extracorpórea. El 6º día PO se pasa a CPAP nasal siendo bien tolerada y retirándose toda asistencia ventilatoria tres días más tarde. Tras un seguimiento de 13 meses, la endoscopia demuestra una luz traqueal normal para su edad y no presenta síntomas de ningún tipo.

**Conclusiones.** La estenosis traqueal congénita debe descartarse en pacientes con dificultad respiratoria al nacimiento sin diagnóstico claro. El diseño de la traqueoplastia debe ser individualizado. El uso de la circulación extracorpórea permite la corrección precoz y segura de esta grave malformación.

*Forma de presentación: Poster.*

**4. Fisura labiopalatina bilateral con base genética: Síndrome de EEC.** Coloma R, Parri FJ, Rossi E, Martí C, Krauel L. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona. Esplugues del Llobregat. Barcelona.

**Objetivos.** Los avances en genética clínica están permitiendo diagnosticar un porcentaje cada vez mayor de anomalías gené-

ticas asociadas a fisura labiopalatina. El Síndrome de EEC (Ectrodactyly, Ectodermal Dysplasia and cleft palate/lip) una forma rara de anomalía congénita múltiple. Sus características clínicas son: ectrodactilia, pelo ralo y seco, obstrucción de las glándulas lagrimales, dientes con forma de clavija, esmalte defectuoso y fisura labio palatina.

Puede asociarse a anomalías, urogenitales y sordera.

**Casos clínicos.** *Caso 1:* Niña de origen africano sin antecedente familiar, embarazo controlado, sin diagnóstico prenatal de fisura labiopalatina. Parto a término, al nacer se observa fisura labiopalatina bilateral completa, con afectación de ectrodactilia en los cuatro miembros, pelo seco y escaso. Es evaluada y manejada en forma multidisciplinaria por dermatólogo, odontólogo, oftalmólogo y cirujano plástico infantil.

*Caso 2:* Niño de origen caucásico sin antecedentes de importancia, embarazo controlado, diagnóstico prenatal de fisura labiopalatina bilateral. Parto a término, al nacer se observa además de fisura labiopalatina bilateral completa, afectación de ectrodactilia en los cuatro miembros, pelo seco y escaso. Se maneja en forma multidisciplinaria al igual que el primer caso.

**Resultados.** Es importante tener presente esta entidad diagnóstica para realizar la valoración de un equipo multidisciplinario destinado a detectar y manejar precozmente las complicaciones que aparezcan en su evolución

**Conclusiones.** Este síndrome es esporádico, pero muy evidente al asociar fisura labiopalatina con malformaciones de los miembros y las secuelas de la displasia ectodérmica. Es importante tener presente el estudio genético a los padres, por presentar herencia autosómica en algunas variedades.

*Forma de presentación: Poster.*

**5. Malformación de Abernethy: a propósito de un caso.** Gómez-Chacón J, Mangas L, Vila Carbó J, Argiles. Hospital infantil La Fe, Valencia.

**Objetivos.** Describir nuestros resultados en el manejo de una paciente con un raro caso de shunt porto-cava congénito conocido como malformación de Abernethy.

**Material y métodos.** paciente de 7 años controlada por presencia de hiperplasia nodular focal hepática que presenta aumento brusco del tamaño tumoral. Se realiza estudio TC 3D con volumetría hallando shunt porto-cava congénito conocido como malformación de Abernethy (MA). Se realizó intervención quirúrgica resecando el tumor (segmentos II y III) y cerrando el shunt.

**Resultados.** la paciente presentó una trombosis portal, mesentérica y de cava inferior en el postoperatorio inmediato. Tras trombectomía y el descubrimiento de una severa hipoplasia venosa portal derecha se decidió rehacer el shunt ante la no respuesta al tratamiento anticoagulante. Posteriormente, la paciente no volvió a sufrir ninguna complicación trombótica. Las patologías protrombóticas más prevalentes fueron descartadas mediante los test analíticos pertinentes. La paciente sigue en seguimiento por nuestra unidad sin presentar signos de complicaciones.

**Conclusiones.** preciso evaluar la vascularizacion hepatica para plantearse la mejor opcion terapeutica en estos pacientes. El seguimiento estrecho de los pacientes con MA puede ayudar a seleccionar adecuadamente el mejor momento para la intervencion.

*Forma de presentacion: Poster.*

- 6. Teratoma ovárico fetiforme versus fetus in fetu.** Ruiz Cateña MJ, Ruiz Orpez A, Unda Freire A, Tirado Pascual M, Galiano Duro E. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** Se pretende describir un caso clínico, así como una revisión de la literatura tratando de definir una condición extremadamente rara.

**Material y métodos.** Presentamos un caso de una paciente de 13 años de edad, que acude por dolor abdominal y masa pélvica, que el estudio ecográfico define como masa compleja y abigarrada, compatible con teratoma ovárico. Se indica laparoscopia que precisa reconversión. Dentro del quiste y adherido a su pared interna por una estructura tubular que recuerda a un cordón umbilical, encontramos una masa fetiforme revestida por piel, en la que son claramente reconocibles dos vestigios de miembros superiores e inferiores. Al corte estaba básicamente constituida por grasa, en la parte cefálica mostraba tejido óseo conformando una cráneo en el que se describen meninges y tejido nervioso. En la zona ventral se define un rudimentario tubo digestivo que continua con una fosa anal.

**Resultados.** Son dos condiciones extremadamente raras, y que incluso algunos autores definen como teratomas con un alto grado de maduración, en cualquier caso en la literatura se describen diferencias morfológicas (presencia de columna, desarrollo de extremidades, localización) y genéticas (homocigosis, alteraciones cromosómicas) que pueden orientar hacia su diferenciación.

**Conclusiones.** El teratoma maduro es el tumor derivado de células germinales del ovario más frecuente. Histológicamente se caracteriza por mostrar una variedad de elementos derivados de las tres líneas. A pesar de su frecuencia se han publicado menos de 30 casos con una estructura fetiforme.

Debemos diferenciarlo claramente de formas inmaduras de teratoma ovárico, malignas, en base a macardores tumorales y estudios de imagen.

*Forma de presentacion: Poster.*

- 7. Complicaciones postoperatorias en malformaciones pulmonares.** Enríquez Zarabozo E, Blesa Sánchez E, Ayuso Velasco R, Amat Valero S, Santamaría Ossorio JI. *Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. SES. UEX. Grupo de Investigación en Pediatría PAIDOS (CTS 019). Badajoz.*

**Objetivos.** La atención correcta de un paciente con malformación pulmonar exige, cuando está indicada, una intervención quirúrgica en el momento y forma adecuados.

**Material y métodos.** Esto es necesario para evitar complicaciones postoperatorias de gran complejidad, como ocurrió en estos pacientes.

**Resultados.** *Paciente 1.* Recién nacido varón. Ecografía prenatal: malformación adenomatoidea quística (MAQ) tipo II en lóbulo superior izquierdo (LSI). Confirmación radiológica al nacimiento. Toracotomía: Lingulectomía, resto de LSI aparentemente normal. En postoperatorio incorrecta reexpansión de LSI residual e imagen quística con nivel hidroaéreo. Nueva toracotomía: extirpación de LSI residual, cavidad central llena de material viscoso, no purulento. Asintomático a los 6 años de edad, con imágenes radiológicas anormales.

*Paciente 2.* Varón, 13 años. Hemoptisis. Neumonía bilateral a los 6 años, con imágenes quísticas en lóbulos inferiores derecho (LID) e izquierdo (LII). Rx y TAC actuales: imagen quística en LII, LID normal. Toracotomía izquierda sospechando MAQ: lobectomía inferior izquierda. Grave desaturación y bradicardia intraoperatorias. Finalización de intervención con celeridad. Postoperatorio: atelectasia de LSI. Primera broncoscopia: BLSI permeable. Segunda: obstrucción del mismo por edema. Reintervención: obstrucción por punto de sutura, extirpación de zona estenótica y anastomosis bronquial. Control Rx: imagen quística con nivel hidroaéreo en LID.

**Conclusiones.** Aunque, como ocurre en el resto de nuestra experiencia, la cirugía de las malformaciones pulmonares suele ser resolutoria, no siempre está exenta de complicaciones. Nuestros pacientes ilustran cómo la demora en la detección e intervención quirúrgica de una malformación pulmonar, y su resección incompleta, pueden ser causa de complicaciones graves y de difícil solución, e incluso de solución incompleta.

*Forma de presentacion: Poster.*

- 8. Presentación de un caso de atresia intestinal múltiple tratado con sonda transanastomótica nasooanal.** Corona C, Cerdá J, Cañizo A, Laín A, Fanjul M, Carrera N, Tardáguila AR, Zornoza M. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La atresia intestinal múltiple es una patología de difícil manejo que supone un desafío para el cirujano pediátrico.

**Material y métodos.** Recién nacido a término de peso adecuado para edad gestacional con diagnóstico prenatal de atresia intestinal. Se realiza laparotomía el primer día de vida hallándose atresia intestinal tipo IV con múltiples segmentos aislados de una longitud de 1 a 3 cm, atresia de apéndice y tres atresias colónicas.

**Resultados.** Se realizan en total 18 anastomosis y derivación proximal a nivel de yeyuno. Durante el postoperatorio fueron necesarias varias reintervenciones por fugas de las anastomosis. Al plantear el cierre definitivo de la derivación se realiza tutorización intestinal con una sonda nasooanal para preservar las múltiples anastomosis. La evolución posterior fue favorable realizándose un control radiológico en retirada de la sonda, comprobando la permeabilidad del intestino y ausencia de fugas. No

ocurrieron más dehiscencias, restableciéndose el tránsito intestinal y permitiendo estabilización del paciente que fue derivado a una unidad con experiencia en el manejo del intestino corto. Actualmente tras un año de seguimiento presenta una curva ponderal aceptable con nutrición enteral exclusiva.

**Conclusiones.** Existen múltiples estrategias dirigidas a la preservación de la mayor longitud posible de intestino en los pacientes con atresia intestinal múltiple. Las anastomosis múltiples asociadas a tutorización intestinal con sonda nasoesfágica resultan en nuestra experiencia otra opción válida para lograr este objetivo.

*Forma de presentación: Poster.*

## 9. Perforación gástrica espontánea. ¿debemos sospechar malos tratos?. Giné C, Brun N, Royo G, Curbelo M, Peiró JL, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospita Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** La protección del menor es una de nuestras prioridades a veces es difícil diagnosticar unos malos tratos por su variedad de presentación. El objetivo de este trabajo es establecer una relación entre la perforación gástrica espontánea y los abusos al menor.

**Material y métodos.** Paciente de un mes de vida que sufrió perforación gástrica por malos tratos y el diagnóstico fue tardío con consecuencias muy graves.

**Resultados.** Paciente de un mes que presentó dolor abdominal agudo e irritabilidad. Sus cuidadores la llevaron al ambulatorio donde le realizaron Rx de abdomen observando neumoperitoneo, posteriormente la pequeña sufrió shock séptico y acidosis que requirió intubación, soporte ionotrópico y traslado a nuestro centro. Se realizó laparotomía observando perforación en curvatura mayor gástrica, sin presentar signos isquémicos perilesionales ni otras lesiones abdominales. Se realizó sutura de la perforación sin incidencias. La entrevista con los padres no reflejaban ninguna evidencia. La exploración física fue normal. Se realizó serie ósea y fondo de ojo sin encontrar alteraciones. La paciente fue dada de alta a los 15 días del accidente. 5 días después la paciente sufrió hemorragia subaracnoidea y varias hemorragias subdurales en diferentes estadios en a RM. El fondo de ojo mostró hemorragias retinianas. Fue diagnosticado de malos tratos infantiles. Todavía no sabemos las secuelas neurológicas

**Conclusiones.** Debemos añadir en la lista de consecuencias de malos tratos infantil la perforación gástrica. Cualquier perforación intestinal de etiología incierta debería ser una sospecha de malos tratos. La prueba de sospecha es muchas veces dura cuando los hechos no son claros.

*Forma de presentación: Poster.*

## 10. Tumor neuroectodérmico periférico primario en el pulmón. Barrena S, Ramírez M, Miguel M, de la Torre C, López S, Hernández F, Martínez L, Larrauri J, Lassaletta L, Tovar JA. *Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** El tumor neuroectodérmico periférico (TNEP) es una neoplasia maligna derivada de la cresta neural que suele desarrollarse en la pared torácica (Tumor de Askin) pero que también puede localizarse en otras regiones corporales. La forma primaria pulmonar es extremadamente infrecuente. El objetivo de este poster es mostrar la clínica y la patología de uno de esos casos.

**Material y métodos.** Se trataba de un niño de 21 meses de edad que refería infección respiratoria. Presentaba una prominencia torácica izquierda, ausencia de ruidos respiratorios y desplazamiento cardíaco hacia la derecha con parálisis diafragmática. La placa de tórax mostró un velamiento completo del hemitórax izquierdo y la TC mostró una enorme masa con calcificaciones. Las catecolaminas en orina eran normales y la MIBG fue negativa. Una biopsia con aguja del tumor permitió el diagnóstico de TNEP primario pulmonar. El paciente recibió la quimioterapia según protocolo y fue operado 4 meses después del diagnóstico. Se realizó una neumonectomía izquierda con pericardiectomía parcial y timectomía sin complicaciones. La anatomía patológica informó de imágenes compatibles con un tumor neuroectodérmico periférico primario pulmonar. La pauta de quimioterapia finalizó 2 semanas después del tratamiento.

**Resultados.** El paciente se encuentra en perfecto estado 32 meses después del tratamiento sin evidencia de recidiva local ni metastasis y una adecuada función respiratoria

**Conclusiones.** El TNEP primario en el pulmón es extremadamente raro y la extirpación completa del tumor es fundamental para la resolución de la enfermedad.

*Forma de presentación: Poster.*

## 11. Perforación intestinal por ingesta accidental de juguetes magnéticos. Granell Suárez C, Gómez Farpón A, Vega Mata N, Cebrián Muiños C, López López A, Álvarez Muñoz V. *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**Objetivos.** La ingesta accidental de objetos extraños es frecuente en la edad pediátrica. La mayoría de objetos recorren el tubo digestivo sin producir complicaciones. Sin embargo la ingesta de juguetes magnéticos puede conllevar serias complicaciones abdominales como perforación intestinal. A pesar de ello, hay un gran número de juguetes de este tipo comercializados.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un niño de diez años con dolor abdominal intermitente de 2 semanas de evolución, que en las últimas 24 horas se ha intensificado acompañándose de vómitos y febrícula. La radiografía abdominal mostró la presencia de un paquete de imanes y de un muelle metálico.

**Resultados.** Se realizó una laparotomía urgente, encontrando tres perforaciones intestinales, una a nivel de la válvula ileocecal, donde se extrajo un paquete de imanes, otra en ileon y una tercera en colon transverso, en donde se encontró el muelle metálico. Se realizó cierre primario de colon, de ileon en zona de la válvula ileocecal e ileostomía de cabos separados en la perforación proximal. La evolución del paciente fue satisfactoria y a las tres semanas se reconstruyó el tránsito intestinal.

**Conclusiones.** Las complicaciones por ingesta de imanes ocurren cuando se ingieren al menos dos imanes o uno y otro objeto metálico, ya que se atraen entre sí a través de las paredes intestinales, causando necrosis por presión, perforación, fístulas u obstrucción intestinal. Ante el aumento de comercialización de juguetes magnéticos, encontramos necesario alertar a padres y educadores de su potencial riesgo.

*Forma de presentación: Poster.*

## 12. Aplicación del sistema VAC (*Vacuum Assisted Closure*) en el cierre de esternotomía media infectada en neonatos. Molino JA, Arana E, Pérez M, Miró L, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Evaluar el uso de la terapia VAC (*Vacuum Assisted Closure*) en el cierre de esternotomías medias infectadas en neonatos, en quienes, por sus peculiaridades anatómicas e inmunológicas, no están establecidas unas opciones terapéuticas claras.

**Material y métodos.** Paciente varón afecto de transposición de grandes vasos con ductus arterioso permeable que requirió cirugía correctora a los 9 días de vida y ECMO durante 5 días, con cierre del tórax los 7 días; posteriormente presentó una dehiscencia por sobreinfección que requirió desbridamiento quirúrgico y aplicación de terapia VAC:

**Resultados.** Al sexto día del cierre de la esternotomía presenta una dehiscencia del polo inferior con un defecto de 5x3cm en comunicación con el mediastino; inicialmente se realizan curas húmedas y cultivos seriados. Dada la falta de mejoría se realiza un desbridamiento excisional y Friedrich con colocación de VAC en aspiración continua de 50 mmHg. A las 72 horas se realiza una primera cura y se establece un aspiración intermitente 5:2 para favorecer la proliferación del tejido de granulación. Se realizan curas cada 72 horas bajo sedación en la UCI neonatal siendo bien toleradas por el paciente. Presenta una mejoría paulatina evidente que permiten el cierre del defecto mediante colgajos musculocutáneos en dos semanas obteniendo unos resultados estéticos satisfactorios.

**Conclusiones.** El VAC es una opción terapéutica útil para permitir el cierre de esternotomías medias infectadas con dehiscencias y pérdida importante de tejido en neonatos. El sistema VAC es un tratamiento bien tolerado por el neonato así como su cambio y cura en las unidades de cuidados intensivos bajo sedación.

*Forma de presentación: Poster.*

## 13. Necrosis gástrica difusa neonatal: a propósito de un caso. Corona C, Cañizo A, Fanjul M, Carrera N, Tardáguila AR, Zornoza M, Cerdá J. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La necrosis gástrica difusa neonatal es una entidad rara casi siempre fatal de la que hay publicados menos de 20 casos en la literatura. El tratamiento habitual es la laparotomía

exploradora con gastrectomía parcial o total. Presentamos un caso de supervivencia en el que la laparoscopia diagnóstica permitió un tratamiento quirúrgico precoz.

**Material y métodos.** Recién nacido pretérmino (27 sem+6) que presenta empeoramiento clínico el quinto día de vida con distensión abdominal y restos por sonda nasogástrica en posos de café. A la exploración, abdomen distendido y doloroso sin eritema de pared ni empastamiento. Presenta leucocitosis, trombopenia y aumento de PCR. Se realiza radiografía de abdomen: cámara gástrica muy dilatada con neumatosis de pared. Ecografía abdominal: imágenes hiperecogénicas compatibles con neumatosis y gas portal.

**Resultados.** Ante el empeoramiento clínico y analítico se realiza laparoscopia exploradora, donde se observa neumatosis con áreas de hipoperfusión parcheada en pared gástrica y asas de intestino sin evidencia de lesiones. Se realiza gastrostomía con evidente mejoría de la pared gástrica tras la descompresión. Presenta buena evolución postoperatoria con normalización clínica y radiológica, e inicio de nutrición enteral el séptimo día postoperatorio. A los 2 meses de seguimiento se encuentra asintomático desde el punto de vista digestivo con aportes completos por vía oral.

**Conclusiones.** La necrosis gástrica difusa neonatal es una patología de elevada mortalidad cuando se presenta asociada a perforación. Ante una imagen radiológica sugestiva de neumatosis gástrica, consideramos la laparoscopia exploradora una herramienta muy útil para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, antes de que aparezcan complicaciones.

*Forma de presentación: Poster.*

## 14. Aportaciones del abordaje transpúbico y la braquiterapia perioperatoria en el tratamiento del rhabdomioma prostático. Fanjul M, Angulo JM, Parente A, Romero R, Rivas S, Cañizo A\*, Carrera N, Corona C, Tardáguila A, Santos A\*\*. *Servicio Urología. \*Servicio Oncología. \*\*Servicio Radioterapia. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** El nuevo enfoque del manejo del rhabdomioma (RMS) de próstata en los últimos años incluye quimioterapia sistémica combinada, radioterapia local a bajas dosis y cirugía conservadora. La braquiterapia permite un mejor control local de la enfermedad con menor dosis de radiación. Sin embargo el abordaje quirúrgico está limitado por la dificultad de acceso al campo operatorio.

Presentamos el abordaje transpúbico combinado con braquiterapia perioperatoria para estos pacientes.

**Material y métodos.** Lactante de 6 meses con masa abdominal y dolor tipo cólico. En los estudios de imagen se objetivó una gran masa abdominal originada en espacio vesicorrectal que comprime ureter derecho condicionando la aparición de ascitis e hidronefrosis derecha. Se realizó biopsia abierta con el resultado de rhabdomioma embrionario. Tras el tratamiento quimioterápico neoadyuvante según protocolo para RMS sub-

grupo E del 2005 (fosfamida-vincristina-actinomicina E) se realizó resección tumoral macroscópica e inserción de dos catéteres para braquiterapia mediante abordaje transpúbico con conservación de estructuras peritumorales gracias a la excelente visibilidad y acceso que permitió dicho abordaje. Postoperatorio sin incidencias. A los 10 días se inició tratamiento braquiterápico consistente en 10 dosis de 450cGy, tras lo cual se retiraron los catéteres. Al mes inició quimioterapia sistémica coadyuvante.

**Resultados.** Al año de la intervención el paciente está libre de enfermedades

**Conclusiones.** El abordaje transpúbico, posible en el niño pequeño, permite un fácil acceso a la uretra y la próstata. La braquiterapia ayuda al control local tumoral y permite una cirugía más conservadora. Su combinación reduce la morbilidad quirúrgica.

*Forma de presentación: Poster.*

**15. Miofibromatosis infantil solitaria. Presentación de dos casos.** Lasso Betancor CE, Vargas Cruz V, Vázquez Rueda F, Ayala Montoro J, Ruiz Hierro C, Gómez Beltrán O. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** La miofibromatosis infantil es una patología rara que suele afectar a niños menores de dos años. Un 30% de los casos son congénitos, localizándose habitualmente en cabeza o cuello.

Son tumores benignos de origen mesenquimal que aparecen como lesiones aisladas o múltiples, existiendo casos de regresión espontánea. Presentan un pronóstico favorable, sobretodo si no existe afectación visceral.

**Casos clínicos.** *Caso 1:* Recién nacida a término que presenta tumoración de 5x4cm en cuero cabelludo sospechosa de encefalocele. Ecografía y RNM: masa sólida y heterogénea con aumento de vascularización periférica, sin relación con el seno venoso ni con el diploe.

*Caso 2:* Varón de 7 meses con tumoración en zona occipital derecha detectada a los 4 meses y que ha aumentado de tamaño. Ecografía y RNM: lesión en músculo esplenio de la cabeza sugestiva de hemangioma.

El estudio de extensión en ambos casos mediante radiografía de tórax, ecografía abdominal y cardiaca resultó normal.

**Resultados.** Se practicó la resección quirúrgica completa con intención diagnóstico-terapéutica. El estudio histológico e inmunohistoquímico identificó las lesiones como Miofibroma.

La evolución de los dos pacientes es favorable, sin recidivas ni aparición de nuevos tumores primarios.

**Conclusiones.** El diagnóstico diferencial del Miofibroma debe realizarse con otros tumores mesenquimales y con lesiones no neoplásicas características de la región afecta.

La localización visceral y las formas múltiples empeoran el pronóstico, por lo que es necesario realizar estudio de extensión.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, siendo fundamental la vigilancia postoperatoria, ya que puede ser el primer hallazgo de una miofibromatosis múltiple.

*Forma de presentación: Poster.*

**16. Tratamiento de pacientes con trastorno de la diferenciación sexual y subdesarrollo. Un desafío.** Solaetxe N, Oliver F, Blanco J.L, Azpeitia A, Ruiz E, Medrano L, González G. *Hospital de Cruces. Bizkaia.*

**Objetivos.** En pacientes con trastornos de la diferenciación sexual la asignación de sexo es complicada, no sólo técnicamente sino también por connotaciones socio-educacionales.

**Material y métodos.** Presentamos dos casos de genitales ambiguos en pacientes de 6 años, procedentes de países del Africa Subsahariana para tratamiento. Ambos asociaban cariotipo 46 XX y gen SRY negativo con fenotipo masculino, habiendo sido educados como tal en sus países de origen (ámbito rural). En la exploración se apreciaba pene incurvado de tamaño aceptable con hipospadias interesrotal, transposición penoescrotal y bolsas escrotales hipoplásicas. Tan sólo en uno de los canales inguinales de ambos se palpaba una gónada de pequeño tamaño.

En la ecografía se evidenciaba gónada intraabdominal con ausencia de vagina y órganos mullerianos. Buena respuesta a testosterona tras estimulación hormonal.

Dada la edad y educación recibida en país de origen se decidió, tras valoración en comité multidisciplinar, mantener el sexo masculino, para lo cual se realizaron las siguientes intervenciones:

- Uretroplastia en dos tiempos en ambos casos.
- Manejo de la gónada mediante exploración inguinal y laparoscopia (orquidopexia del teste dismórfico y extirpación de restos mullerianos). A.P.: gónada mixta, ovoteste en un caso y ovario y teste en lados diferentes en el otro paciente.

**Resultados.** En la actualidad se encuentran en fase prepuberal. La gónada dismórfica posee riesgo de malignización, asumible si adquiere funcionalidad por ser muy difícil la terapia sustitutiva en países de origen.

El paciente requerirá seguimiento para valorar desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

**Conclusiones.** Estos casos suponen un desafío, dadas sus implicaciones culturales y psicosociales.

*Forma de presentación: Poster.*

**17. Aplasia cutis: a propósito de un caso tratado con lámina de regeneración dérmica (LRD).** García Saavedra S, Cortón Lamelas D, Fuentes Ceballos EJ, González Rodríguez L, González González S, Portela Táboas C, Pernas Gómez P, Garrido Valenzuela M. *Complexo Hospitalario de Ourense.*

**Objetivos.** La aplasia cutis congénita (ACC) es la ausencia congénita de epidermis, dermis y, en ocasiones, de los tejidos subyacentes. La localización más frecuente es el ápex craneal, presentando sólo el 20% de los casos defecto óseo del cráneo subyacente. Valoración de uso de lámina de regeneración (LMD) dérmica en esta patología.

**Material y métodos.** Recién nacida de parto vaginal a las 37 semanas con defecto cutáneo y óseo bilateral de 5 por 4 cm a nivel de región parietal, que aparece cubierto por una fina membrana translúcida de bordes irregulares, eritematosos y con equimosis. Antecedentes familiares: hermana fallecida por cardiopatía congénita y padre con aplasia medular, madre sana de 34 años, sin ingesta de tóxicos durante el embarazo y estudio ecográficos prenatales dentro de la normalidad. TAC craneal que muestra cráneo lacunar con focos de hemorragia subaracnoidea y craneosquisis parietal.

Se decide intervención a las 36 h de vida realizando plastia con LMD. Al mes y medio se realiza recubrimiento de la misma con autoinjertos, precisando un segundo injerto en zona central.

**Resultados.** En el momento actual defecto cubierto y cráneo subyacente se ha osificado.

**Conclusiones.** La aplasia cutis es una rara alteración de etiología multifactorial cuyo tratamiento es en ocasiones difícil según su tamaño. La cobertura con LRD e injerto es una buena solución en espera del injerto óseo si precisa, disminuyendo el riesgo de complicaciones que podrían comprometer la vida del paciente. ¿Regeneración ósea a través de LRD?

*Forma de presentación: Poster.*

**18. Duplicación del canal anal.** Fanjul M, Molina E, Corona C, Tardáguila A, Cañizo C, Cerdá J, Peláez D. *Servicio Cirugía General Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La duplicación del canal anal es una patología congénita muy infrecuente de la que sólo se han descrito 49 casos en la literatura. Se describe como una estructura tubular ciega localizada en línea media posterior al canal anal con el que no se comunica. Habitualmente asintomático, su diagnóstico se realiza durante los primeros meses de vida y es más frecuente en niñas.

**Material y métodos.** Niña de 11 meses con doble orificio anal diagnosticado accidentalmente durante una exploración rutinaria. La paciente permanece asintomática a la exploración presenta duplicación anal con ano ciego posterior y puente cutáneo entre ambos orificios.

En la ecografía y la RMN se objetiva un lipoma cocciógeo de 1,5 cm. No presenta otras anomalías asociadas.

**Resultados.** Tras preparación intestinal se realizó abordaje sagital posterior y extirpación del ano duplicado y lipoma asociado en bloque. En el postoperatorio se mantuvo una semana a dieta absoluta con nutrición parenteral total. Transcurrió sin complicaciones, con buena continencia fecal.

**Conclusiones.** La duplicación de canal anal es una patología extremadamente infrecuente, que aparece como un orificio anal extra localizado en línea media posterior al ano. Es fundamental en el diagnóstico la realización de una RMN abdomino-pélvica para descartar malformaciones asociadas del polo caudal. Su tratamiento es la resección quirúrgica con excelentes resultados.

*Forma de presentación: Poster.*

**19. Megacolon secundario a vincristina.** Tardáguila A, Cañizo C, Fanjul M, Corona C, Carrera N, Zornoza M, Cerdá J, Molina E, Belendez C, Galarón P, Peláez D, García-Casillas MA, Parente A. *Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La vincristina es un quimioterápico ampliamente usado en las neoplasias infantiles. Su uso se ve limitado por la neurotoxicidad. A nivel gastrointestinal se manifiesta como un cuadro de megacolon muy severo, cuyo tratamiento a diferencia de otras causas, no es quirúrgico, siendo suficiente la retirada del medicamento. Presentamos un caso de megacolon por vincristina.

**Material y métodos.** Varón de 3 años con Leucemia Linfoblástica Aguda en tratamiento, último ciclo de vincristina y ciclofosfamida 5 días antes. Presenta dolor abdominal, rechazo del alimento y estreñimiento de 4 días de evolución, sin mejoría con enemas. Refiere episodios similares de menor intensidad tras cada ciclo de quimioterapia. A la exploración abdomen distendido, timpánico, sin signos irritación peritoneal. Radiografía de abdomen con regular distribución aérea y dilatación severa de colon, fundamentalmente transversal.

Se sospecha megacolon secundario a vincristina por lo que ingresa a dieta absoluta, con sueroterapia, antibioterapia por asociar fiebre y se suspende el siguiente ciclo quimioterápico.

**Resultados.** Mejoría clínica y radiográfica progresiva. Alta a los 19 días, realizando deposiciones diarias y con adecuada tolerancia oral. Se reinicia el tratamiento de base, sustituyendo la vincristina, sin presentar nuevos episodios posteriores.

**Conclusiones.** El megacolon es un efecto secundario potencialmente mortal de la vincristina. Para su diagnóstico es fundamental un alto índice de sospecha que permita una retirada precoz del citotóxico. Las medidas de soporte asociadas a la suspensión precoz de la vincristina producen una mejoría espontánea, sin necesidad de tratamiento quirúrgico agresivo.

*Forma de presentación: Poster.*

**20. Lipomas perineales: enseñanzas aprendidas.** Tardáguila AR, Peláez D, Molina E, Fanjul M, Corona C, Carrera N, Zornoza M, Cañizo A, Parente A, Cerdá J, García-Casillas MA. *Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Los lipomas perineales son tumoraciones neonatales benignas infrecuentes, que suelen asociarse a patología genital y anorrectal.

El abordaje quirúrgico debe encaminarse a la extirpación total con óptimo resultado funcional y estético.

**Material y métodos.** Presentamos dos casos clínicos y realizamos una revisión de la escasa literatura publicada al respecto.

**Resultados.** *Caso 1:* Varón, visto a los 2 meses de edad por una masa perineal izquierda, blanda, de 6 centímetros y otra posterior, rugosa, de 2, presentes desde el nacimiento. Asociada pene hipospádico y bifidez escrotal. La RMN preoperatoria informó dos lesiones adyacentes pediculadas, situadas entre testículo y

margen anal. Se realizó excisión quirúrgica completa de ambas a los 3 meses de edad. Anatomopatológicamente se trataba de un lipoma perineal y un escroto accesorio.

*Caso 2:* Niña vista a los 4 meses de vida por una masa presente desde el nacimiento en región genital derecha, pediculada, con crecimiento progresivo. La RMN demostró una masa de 5 x 7 centímetros en labio mayor y glúteo derechos con compresión de vagina y recto. Se extirpó a los 5 meses de edad, consiguiendo conservación íntegra del mecanismo esfinteriano. Histológicamente se trataba de tejido adiposo maduro.

**Conclusiones.** Los lipomas perineales son más frecuentes en varones. Son benignos pero tienen un crecimiento progresivo que puede producir compresión local, además de un importante problema estético. Se deben evaluar minuciosamente su extensión y relaciones anatómicas mediante RMN para realizar un planteamiento quirúrgico cuidadoso que evite secuelas estéticas y funcionales.

*Forma de presentación: Poster.*

**21. Paciente con arteria subclavia izquierda aberrante.** Jiménez Crespo V, Millán A, Morcillo Azcárate J, Aspiaz Salinas D, Tuduri Limousine I, Pérez Bertolez S, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La arteria subclavia derecha aberrante es la anomalía congénita más común del arco aórtico, ocurriendo entre el 1% y el 17% de la población. Aunque generalmente es una lesión aislada existen casos de asociación a coartación de aorta y a ductus arterioso persistente.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un paciente de 7 años de edad que presenta cuadros de disfagia intermitente, tos crónica y laringitis de repetición. Antecedentes personales: obesidad. Se realiza esofagograma visualizándose una imagen compatible con anillo vascular. Fibrobroncoscopia y gastroscopia que evidencian una compresión extrínseca pulsátil a nivel de tercio medio esofágico y traqueal.

**Resultados.** Se interviene quirúrgicamente, (7/10/09, toracotomía posterolateral derecha, ligadura y sección de arteria subclavia aberrante). El postoperatorio ha sido favorable.

**Conclusiones.** Esofagograma postoperatorio dentro de la normalidad. El paciente está asintomático en este momento, tolera dieta oral adecuadamente.

*Forma de presentación: Poster.*

**22. Linfadenitis necrotizante histiocítica de Kikuchi.** Jiménez Crespo V, Pérez Bertolez S, Morcillo Azcárate J, Aspiaz Salinas D, Tuduri Limousin I, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La enfermedad de Kikuchi es una enfermedad rara benigna de los ganglios linfáticos, caracterizada por la pre-

sencia de adenopatías y fiebre. Su etiología es desconocida y se han involucrado factores infecciosos y también autoinmunes. Puede aparecer aislada o asociarse a otras enfermedades como lupus, polimiositis o enfermedades neoplásicas.

**Material y métodos.** Descripción de tres casos hallados en nuestro hospital en los últimos cinco años. Se han estudiado los resultados anatomopatológicos de las muestras biopsiadas, en todos los casos ganglio linfático. Ganglio linfático con infiltrado paracortical constituido por células que se corresponden con histiocitos, linfocitos, inmunoblastos y monocitos plasmocitoides. Se reconocen figuras apoptóticas pero no áreas de necrosis. Las células presentaban inmunotinción para CD43, CD68 y CD4. Las biopsias de ganglio linfático afectas por esta enfermedad en estadios precoces no muestran la necrosis típica y diagnóstica planteando el diagnóstico diferencial con procesos linfoproliferativos de alto grado

**Resultados.** La enfermedad de Kikuchi es una entidad rara de comienzo insidioso y clínica inespecífica. Suele ser autolimitada y benigna. En sus estadios precoces es necesario hacer un diagnóstico diferencial correcto con otros procesos tales como linfomas, toxoplasmosis, lupus eritematoso sistémico o tuberculosis.

**Conclusiones.** El diagnóstico de confirmación requiere siempre biopsia. El tratamiento con antiinflamatorios o corticoides suele ser eficaz.

*Forma de presentación: Poster.*

**23. Hiperplasia nodular focal en lóbulo hepático accesorio.** Ruiz Hierro C, Vázquez Rueda F, Ayala Montoro J, Lasso Betancor CE, Vargas Cruz V y Vicente Rueda J\*. *Servicio de Cirugía Pediátrica. \*Servicio de Radiología Infantil. Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** Los lóbulos hepáticos accesorios son anomalías muy poco frecuentes que suelen unirse al lóbulo hepático izquierdo mediante un pedículo propio. La mayoría de los casos son asintomáticos y se diagnostican de forma casual, más raramente presentan clínica por torsión.

**Material y métodos.** Niña de 13 años remitida por masa abdominal en el contexto de un cuadro de dolor abdominal de un mes de evolución acompañado de vómitos y pérdida de peso. Antecedentes personales: menarquia a los 11 años y sensación de masa abdominal de años de evolución. Exploración: masa palpable en hipogastrio, no dolorosa, dura y móvil que se desplaza hasta hipocondrio derecho. Marcadores tumorales: CEA, B2-microglobulina, AFP, BHCG normales. Ca 19.9 54.5 U/ml y Ca 125 40 U/ml. Ecografía y RNM: masa pélvica de 10x7x10 cm, sólida, redondeada, heterogénea, vascularizada, no depende de útero ni anejos y se desplaza al movilizar a la paciente. TAC: masa unida al lóbulo hepático izquierdo mediante un amplio pedículo vascular, muestra densidad hepática con áreas hipodensas en su interior. Gammagrafía: lesión en mesogastrio de comportamiento hepático.

**Resultados.** Ante la sospecha de hiperplasia nodular focal en lóbulo hepático accesorio se practica laparotomía hallándo-

se masa abdominal pediculada dependiente de los segmentos III-IV hepáticos que se reseca e hipoplasia del lóbulo hepático izquierdo. Estudio histológico: compatible con hiperplasia nodular focal.

**Conclusiones.** El diagnóstico preoperatorio de estos lóbulos accesorios supone un reto clínico y radiológico. En la literatura revisada hay casos descritos de hepatocarcinoma sobre lóbulo accesorio, sin embargo, no hemos encontrado ningún caso de hiperplasia nodular focal sobre lóbulo accesorio.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **24. Perforación intestinal múltiple por ingestión de cuerpos extraños.** Liceras Liceras E, Marañés Gálvez C, Martín Cano F, García Gómez M, Díaz Moreno E, Fernández Valadés R. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** En nuestra práctica clínica cotidiana es frecuente la atención a cuadros derivados de la ingestión de cuerpos extraños, que habitualmente generan problemas supradiaphragmáticos (por impactación en esófago o aspiración bronquial) siendo inusual la perforación de asa intestinal o estómago. Más infrecuente aún es la perforación intestinal múltiple por materiales diversos en el contexto de una rara alteración psicoconductual como la que se presenta en este poster.

**Material y métodos.** Presentación de caso clínico inusual de peritonitis por perforación intestinal múltiple secundaria a ingestión de cuerpos extraños en paciente con grave trastorno del comportamiento.

**Resultados.** Niño de 11 años con grave retraso psicomotor que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución acompañado de fiebre y hemograma con parámetros infecciosos. La ecografía abdominal que informa de plastrón inflamatorio en FID. Ante la sospecha de cuadro apendicular evolucionado es sometido a intervención urgente con hallazgo de peritonitis difusa, con múltiples perforaciones en sigma y colon descendente por material que se identifica como "ramas de arbustos" de hasta 10 cm. La afectación de asas hace necesario la resección de colon sigmoides y colostomía terminal. En el curso de la intervención se extraen gran cantidad de cuerpos extraños (ramas, hojas, plásticos...).

**Conclusiones.** La apendicitis aguda constituye la forma etiológica más frecuente de peritonitis en la infancia, pudiendo darse no obstante otras causas como la presentada en esta aportación, en la que debe pensarse como opción diagnóstica ante cualquier caso de peritonitis aparecida en el contexto de una alteración psicoconductual como la referida.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **25. Hallazgo radiológico casual de sarcoma de Ewing extraóseo.** Martín Cano F, Liceras Liceras E, Díaz Moreno E, García Gómez M, Marañés Gálvez C, Matar Sattuf K. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** El sarcoma de Ewing extraóseo constituye un tumor de aparición rara en la infancia, siendo aún más infrecuente su ubicación pulmonar. Un caso de este raro tumor de aparición clínica aún más rara (hallazgo radiológico casual en el contexto de cuadro respiratorio banal) constituye el objetivo de esta aportación.

**Material y métodos.** Presentación de caso clínico de sarcoma de Ewing extraóseo diagnosticado como hallazgo radiológico.

**Resultados.** Niña de 12 años, a la que en el contexto de afección respiratoria banal se practica radiografía de tórax en la que se observa masa de densidad agua que ocupa prácticamente todo el hemitórax izquierdo. Como único dato destacable previo refiere pérdida de 5 kg de peso en los últimos 2 meses. Se le practica TAC tóraco-abdominal y RNM, que muestra masa sólida de 13x12x10 cm ocupando la mayor parte del hemitórax izquierdo, de características radiológicas "no infiltrantes". Se realiza toracotomía y neumectomía izquierda completa ya que la masa tumoral engloba lóbulo superior y llingula, así como el hilio pulmonar. Evolución postoperatoria favorable recibiendo y alta hospitalaria a las 2 semanas de la intervención. El estudio histopatológico ofrece resultados compatibles con sarcoma de Ewing de partes blandas, siendo pues la paciente remitida para colocación de reservorio venoso y tratamiento quimioterápico. El estudio de extensión no muestra metástasis a distancia.

**Conclusiones.** Este raro tumor puede debutar como hallazgo radiológico casual y debe anotarse entre las posibilidades diagnósticas de las grandes masas intratorácicas susceptibles de detectarse en la infancia.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **26. Utilidad de la cistoscopia y pielografía retrógrada intraoperatoria como herramienta diagnóstica en la ectopia renal cruzada fusionada.** Gómez Farpón A, Granell Suárez C, Cebrián Muiños C, Vega Mata N, Alvarez Zapico JA, Santos F\*. *Servicio de Cirugía Pediátrica, \*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Con este caso buscamos exponer la utilidad de la cistoscopia y pielografía intraoperatoria realizada previamente a cirugía urológica definitiva.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un varón nacido a las 38 semanas de gestación, de padres sanos. El riñón izquierdo no fue visualizado en la ecografía prenatal, y los exámenes radiológicos realizados neonatalmente revelaron una agenesia renal izquierda con doble sistema pielocalicial derecho y ureterohidronefrosis del pielón superior asociado a reflujo vesicoureteral de alto grado. Como anomalías asociadas presentaba pie zambo izquierdo, talo derecho y una hemivértebra a nivel de L3.

**Resultados.** Ingresado en múltiples ocasiones por infecciones urinarias, precisó en todos ellos tratamiento antibiótico intravenoso. En todos los estudios radiológicos realizados se mantuvo el diagnóstico inicial, incluyendo ecografías, renogramas diuréticos, gammagrafías renales y una urografía intravenosa. Sólo hasta la realización de una cistoscopia a los 5 años de edad se

llegó al diagnóstico definitivo, al encontrar dos ostium ureterales correctamente posicionados, observando en la pielografía retrógrada intraoperatoria un trayecto ureteral izquierdo muy dilatado y tortuoso, que se dirige hacia el polo superior del teórico riñón derecho, siendo compatible con ectopia renal cruzada fusionada.

**Conclusiones.** La ectopia renal cruzada fusionada es una enfermedad congénita rara, en la que el diagnóstico puede ser difícil de alcanzar. La cistoscopia es una técnica de fácil realización y con escasas complicaciones, siendo útil en el manejo de las malformaciones renales complejas. Su combinación con la pielografía retrógrada incrementa su rendimiento diagnóstico.

*Forma de presentación: Poster.*

**27. Debut ganglionar inguinal de Histiocitosis de Células de Langerhans.** Glasmeyer P, Margarit Mallol J, Grande Moreillo C, García Bernal M, Casalots Casado J. *Hospital Universitari Mútua de Terrassa.*

**Objetivos.** La Histiocitosis de células de Langerhans es un proceso patológico que ocurre más frecuentemente en hueso aunque tiene un amplio espectro de presentaciones clínicas. El aumento del tamaño ganglionar también refleja el grado de la infiltración histiocitaria, y en algunos casos puede ser la primera presentación de la enfermedad. Los ganglios principalmente afectados son los cervicales y la presentación aislada en forma de adenitis inguinal, como nuestro caso, es extremadamente rara.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un niño de 7 meses que consulta por adenopatías inguinales bilaterales de 1 semana de evolución. Analítica y serologías sugirieron infección por CMV. RX tórax normal y PPD negativo, por lo que se decidió conducta conservadora. Ante la persistencia de las adenopatías y por su gran tamaño se decide practicar un biopsia quirúrgica.

**Resultados.** Se extirpan 6 adenopatías de aspecto hemorrágicos de entre 2,5 cm y 3 cm de diámetro. El diagnóstico histopatológico fue de una histiocitosis de células de Langerhans. En el momento del diagnóstico se realiza estudio completo que pone de manifiesto una afectación pulmonar. El paciente fue incluido en el protocolo de tratamiento de riesgo alto.

**Conclusiones.** El diagnóstico diferencial de adenopatías en la infancia debe incluir la histiocitosis de células de Langerhans.

*Forma de presentación: Poster.*

**28. Manejo quirúrgico conservador del teratoma maduro testicular.** Aspiazu DA, Millán A, Tuduri I, Jiménez V, Pérez S, de Agustín JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Presentar el caso de un paciente con teratoma maduro testicular y el manejo quirúrgico conservador.

Revisión de la bibliografía acerca del manejo conservador del teratoma maduro testicular.

**Material y métodos.** Paciente varón de 2 años que acude por clínica de masa testicular derecha indolora desde el nacimiento, sin aumento de tamaño importante.

**Resultados.** Alfa fetoproteína y Gonadotropina Coriónica Beta normales. Eco Testicular muestra tumoración testicular con ecogenicidad heterogénea en polo inferior de teste derecho que no es posible identificar adecuadamente. Se realiza resección conservadora de la tumoración y biopsia intraoperatoria. La anatomía patológica definitiva muestra Teratoma Testicular Maduro con bordes libres de resección.

**Conclusiones.** El manejo conservador de la patología oncológica testicular es posible asociándolo a un adecuado estudio anatómo-patológico.

El índice de recidiva en el teste conservado es inferior al 1% cuando los bordes de resección están libres de tumoración.

*Forma de presentación: Poster.*

**29. Pseudoaneurisma traumático de rama frontal de la arteria temporal superficial en una niña.** Coloma R, Parri FJ, Leal R, Martín O, Lerena J. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona. Esplugues del Llobregat. Barcelona.*

**Objetivos.** Las heridas inciso contusas en la región facial son muy frecuentes en la edad pediátrica. Sin embargo los pseudoaneurismas arteriales periféricos de la región frontofacial traumáticos son muy raros. El que afecta a la arteria temporal superficial representa el 1% de todos los aneurismas traumáticos. La sintomatología clínica es variable, debemos sospechar la presencia masa pulsátil del área vascular afectada. El antecedente traumático suele orientar al diagnóstico. El tratamiento de esta patología es quirúrgico.

**Material y métodos.** Niña de 11 años, que consulta en servicio de urgencia por golpe frontal izquierdo, con herida inciso contusa profunda, sin compromiso de conciencia siendo manejada inicialmente con sutura. Al control médico luego de 10 días para retirar sutura se aprecia tumoración azulada, de crecimiento lento y pulsátil. La extracción de un punto de la sutura provoca sangrado activo que precisa hemostasia. Se solicita RNM que informa tumoración líquida con flujo en su interior.

**Resultados.** Exploración quirúrgica: disección de tumoración vascular encapsulada con vaso arterial aferente que la nutre. Ligadura del vaso y exeresis de la lesión.

Estudio histológico confirma diagnóstico clínico.

**Conclusiones.** Dentro de las masas tumorales adquiridas en la edad pediátrica se debe considerar como diagnóstico diferencial los pseudoaneurismas traumáticos de la región frontofacial. Estos son una entidad rara que debe ser sospechada cuando se presenta una masa pulsátil de crecimiento progresivo, asociado a antecedente de trauma. Existen estudios imagenológicos de fácil interpretación, con alta sensibilidad y especificidad para establecer el diagnóstico. Existiendo un manejo quirúrgico estándar con buenos resultados.

*Forma de presentación: Poster.*

### 30. Nefronía lobar aguda como masa renal en el lactante.

Albertos Mira-Marcelí N, Sánchez París O, Farhat H, Martín ME, Mira Navarro J. *Hospital General Universitario de Alicante*.

**Introducción.** El hallazgo de una imagen de masa renal en el lactante menor de tres meses es sugerente de neoplasia, con frecuencia nefroma mesoblástico.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un lactante de 32 días con hallazgo ecográfico de masa renal que sugería nefroma mesoblástico. En controles ecográficos se apreció disminución progresiva de la masa, con desaparición completa, por lo que se planteó el diagnóstico de nefronía lobar aguda.

**Comentario.** La nefronía lobar aguda es una infección bacteriana renal localizada, poco frecuente, que puede presentarse en las pruebas de imagen con características de tumoración renal. El tratamiento antibiótico sistémico produce en la mayoría de los casos la resolución completa del cuadro clínico y de las alteraciones analíticas y de las pruebas de imagen.

**Conclusiones.** Es importante incluir en el diagnóstico diferencial de la masa renal entidades poco frecuentes como la nefronía lobar, que en determinados casos pueden ser indistinguibles en las pruebas de imagen.

*Forma de presentación: Poster.*

### 31. Recién nacido a termino con distrés respiratorio progresivo y distensión abdominal con petequias. ¿Cuál sería su diagnóstico? Argumosa Salazar Y, Hernández Anselmi E, Fernández Córdoba M, González Piñera J, Sorli García M\*, Balmaseda Serrano E\*, Bengoa M\*. *Servicios de Cirugía Pediátrica y \*Pediatria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** El sufrimiento fetal puede sugerir el diagnóstico de patología quirúrgica congénita grave sin expresividad ecográfica durante la gestación, por ello, la valoración temprana del cirujano pediátrico puede cambiar oportunamente el pronóstico.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de recién nacido con patología quirúrgica neonatal poco frecuente.

**Resultados.** Varón nacido a término, ecografías prenatales normales. Cesárea urgente por sufrimiento fetal, apgar 6/9, precisa reanimación avanzada. Quejido, tiraje subcostal y polipnea. Abdomen empastado, a tensión, edema y eritema de pared con petequias. Aspirado gástrico bilioso. Distrés respiratorio progresivo y altas necesidades de oxígeno. Pruebas complementarias: Anemia y acidosis mixta. Rx de abdomen: ausencia de aireación. Ecografía Abdominal: distensión gástrica y de intestino delgado con contenido líquido, ausencia de peristaltismo. Escaso líquido interasas. Tránsito Intestinal: Obstrucción en yeyuno proximal. Se realizó laparotomía urgente encontrando engrosamiento de la pared abdominal en todos sus planos, ascitis hemorrágica y vólvulo intestinal por malrotación intestinal completa con necrosis de 25 cms de ileon medio. Se practicó el procedimiento de Ladd, resección del segmento

necrótico, anastomosis y apendicectomía. Postoperatorio con deposiciones al 4to día postoperatorio. Tolerancia oral progresiva el 10mo día postoperatorio. Al 6to mes presenta buen desarrollo pondoestatural.

**Conclusiones.** El vólvulo antenatal es infrecuente, no suele ser letal in útero, aunque existen casos de muerte fetal por anemia, fallo cardiovascular y shock. Aunque la ecografía prenatal no sugiera el diagnóstico, el requerimiento de reanimación avanzada al nacer, un abdomen a tensión, alteraciones de coloración en piel y distress respiratorio progresivo, deben llevarnos a pensar en el vólvulo de intestino medio in útero.

*Forma de presentación: Poster.*

### 32. Secuestro pulmonar infradiafragmático preaórtico en herradura. Valdés E, Sanchís G, Cortés J, Gutiérrez C, Barrios JE, Lluna J, García-Sala C. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Los errores del desarrollo del intestino primitivo dan lugar a un espectro muy amplio de malformaciones (secuestros, quistes de duplicación entérica). La incidencia de los secuestros pulmonares infradiafragmáticos (SPI) es del 2.5% y puede confundir con otras patologías malignas (neuroblastoma, tumores vasculares, etc.).

**Material y métodos.** Niña con diagnóstico prenatal de masa toraco-abdominal mediastínica y retroperitoneal, a las 23semanas. Control intraútero mediante ecografías seriadas y resonancia magnética.

Parto espontáneo a las 37semanas. Presenta a la exploración hepatomegalia de 2cm, sin otros hallazgos. La ecografía confirma la naturaleza quística de la lesión, y el TAC evidencia masa 25x25mm, con componente torácico intramediastínico y extensión intraabdominal hacia la derecha en íntima relación con cava inferior, aorta y esófago, al que desplaza hacia delante. No existe vaso nutricional.

Depistaje para neuroblastoma (enolasa, ferritina y LDH séricas, catecolaminas en orina) negativo.

Control ambulatorio con ecografías seriadas.

**Resultados.** Intervención quirúrgica a los 7meses mediante laparotomía media supraumbilical. Hallazgos intraoperatorios: tumoración toracoabdominal en herradura preaórtica con 3vasos nutricios. Histopatología: tejido pulmonar con pleura propia. Alta hospitalaria a los 3 días, actualmente sin complicaciones.

**Conclusiones.** Ante una masa sospechosa de SPI, se debe realizar en primer lugar despistaje para neuroblastoma (hormonas en orina) y de otras patologías malignas.

Los SPI tienen un riesgo potencial de malignización, así como de infección, por lo que es conveniente extirparlos. La intervención se puede demorar hasta los 6meses-2años con control ambulatorio y ecográfico periódico hasta la intervención.

El mayor riesgo durante la intervención es el sangrado de la arteria nutricia.

*Forma de presentación: Poster.*

**33. Lesión por explosión en un paciente de 7 años.** García Urgellés X, Hernández Castelló C, Santana Ramírez R, Castro Sánchez M. *Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias*.

**Objetivos.** Presentamos el caso de un paciente afecto de traumatismo por explosión asociado al inadecuado uso de material pirotécnico.

**Caso clínico.** Paciente de 7 años con antecedentes patológicos de broncoscopia a los 2 años, que presenta importante pérdida sustancia con grandes zonas de despegamiento y retracción de bordes, en la región glútea izquierda, lumbar inferior, sacra, peritrocanterea y escotadura ciática, con destrucción del tercio superior del músculo glúteo mayor y arrancamiento de su inserción en la cresta ilíaca. No precisó soporte vital durante el traslado y sí analgesia con morfina a altas dosis. A los 3 días del ingreso requirió ventilación mecánica 48 horas por un síndrome de distrés respiratorio del adulto leve. Tras descartar otras lesiones asociadas se aplicó un tratamiento secuencial a base de desbridamientos, apósitos de plata nanocristalina, terapia de vacío y posterior injerto sobre matriz de colágeno con elastina.

**Resultados.** En la actualidad sigue tratamiento con terapia de rehabilitación del déficit muscular referido.

**Conclusiones.** 1) La legislación Europea es clara y probablemente suficiente a cerca del uso de material pirotécnico, pero choca frontalmente con el arraigo tradicional de su uso incontrolado en fiestas populares. 2) La intensidad de las lesiones observadas hace suponer un desenlace dramático si el área del tronco afectada no hubiera correspondido a la zona de la importante almohadilla glútea y ala iliaca. 3) La aplicación de terapia de vacío acelera considerablemente el proceso de granulación previo la reparación final del defecto.

*Forma de presentación: Poster.*

**34. Invaginación intestinal familiar.** Ayuso Velasco R, Blesa Sánchez E, Enríquez Zarabozo EM, Amat Valero S. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil. Grupo de Investigación en Pediatría PAIDOS (CTS 019) Badajoz. SES. UEX.*

**Objetivos.** La invaginación intestinal suele ser esporádica. Aunque existen casos familiares que sugieren una predisposición genética, no existe evidencia de una mayor probabilidad de la enfermedad en hermanos de pacientes afectados. Presentamos 2 casos de familias en las que hay varios miembros con antecedentes de invaginación.

**Material y métodos.** La primera familia está compuesta por 4 hermanos (3 niños y 1 niña), 3 de los cuales presentan invaginación ileo-cólica entre los 6 y los 12 meses de edad, requiriendo intervención quirúrgica la niña y uno de los niños. En el caso de la segunda familia, las 2 hermanas que la forman padecen la enfermedad, la mayor a los 16 meses y la menor con 9 años. En esta última se encuentra una invaginación ileo-ileal que

necesita de cirugía y 4 días después, presenta una púrpura de Schönlein-Henöch (PSH) con dolor abdominal pero sin objetivarse reinvasinación.

**Resultados.** Aunque no existe evidencia de que los hermanos de pacientes con invaginación tengan un mayor riesgo de sufrir la enfermedad, se han publicado casos de asociación familiar similares a los nuestros. Esto podría explicarse por una predisposición genética y/o anatómica. Por otro lado, ante un cuadro de PSH con dolor abdominal, conviene descartar una invaginación intestinal, como en nuestro caso, en el cual la invaginación precede a la púrpura.

**Conclusiones.** En cualquier caso, parece razonable que la sospecha de invaginación intestinal sea mayor en un paciente con antecedentes familiares de esta enfermedad.

*Forma de presentación: Poster.*

**35. Síndrome de la arteria mesentérica superior en una niña de once años.** Barrientos G, Portero J, Pérez Etchepare E, Gomez M, Soriano D, Anton L, Tracchia R. *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** El síndrome de la arteria mesentérica superior (AMS) o de Wilkie, es la obstrucción de la tercera porción duodenal causada por la compresión del mismo entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Es una causa rara de obstrucción duodenal en niños.

**Material y métodos.** Niña de 11 años con vómitos biliosos de seis días de evolución y dolor abdominal. En exploración presenta tumoración abdominal elástica centroabdominal sin defensa peritoneal. Lleva corsé por escoliosis desde hace cuatro meses. Como pruebas complementarias se realiza radiografía de abdomen que presenta silencio abdominal central sin niveles hidroaéreos. TAC abdominal: Estómago que ocupa prácticamente toda la cavidad abdominal con obstrucción gastroduodenal y disminución del ángulo aorto-mesentérico (14°). A las 48 horas en radiología intervencionista se coloca una sonda de doble vía gastro-yeyunal que permitió la descompresión gástrica y el inicio de la nutrición enteral. Cuando su familia se entrenó en el manejo y cuidados de la nutrición la paciente fue controlada mediante hospitalización a domicilio.

**Resultados.** A las cuatro semanas el tránsito intestinal mostró buen paso. La paciente permanece asintomática tras un año de evolución.

**Conclusiones.** El manejo conservador que es el tratamiento inicial del AMS, no siempre es posible por la dificultad de pasar sondas transduodenales en estos estómagos gigantes siendo de gran ayuda la colocación de sondas de tipo gastro-yeyunal con técnicas de radiología intervencionista.

La hospitalización domiciliar permite el tratar a estos niños con el menor impacto familiar y social dado el tiempo que precisan hasta normalizar el tránsito intestinal.

*Forma de presentación: Poster.*

**36. Enfermedad de Caroli en una niña.** Barrientos G, Barreira M, Soriano A, Pérez Etchepare E, Anton L, Gomez M, Soriano D, Tracchia R. *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** La enfermedad de Caroli (EC) se caracteriza por la dilatación congénita no obstructiva de los conductos biliares intrahepáticos segmentarios de mayor tamaño. Se distinguen dos formas: la simple y la compleja (síndrome de Caroli) que asocia fibrosis hepática. Ambas formas se transmiten de forma autonómica recesiva. Se pueden asociar a poliquistosis renal. La dilatación puede ser difusa o limitada a un lóbulo, más frecuentemente el izquierdo

**Material y métodos.** Niña de 9 años que acude a urgencias por fiebre en picos y dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho con múltiples cuadros febriles y de dolor abdominal no filiados de años de evolución. Exploración: hepatomegalia e ictericia. Se realiza ecografía abdominal: Colédoco de 2 cm de diámetro con cálculo en su interior. Se realiza colangiopancreatografía (CPRE) visualizando gran cálculo que no se puede extraer y vía biliar izquierda muy dilatada dejándose drenaje. Colangiorresonancia: Marcada dilatación de la vía biliar intrahepática de predominio izquierdo y del colédoco. Litiasis múltiple en colédoco y vía izquierda. Ante el diagnóstico de enfermedad de Caroli con afectación predominante del lóbulo izquierdo se realiza resección hepática con segmentectomía de los lóbulos II-III y hepático yeyunostomía en Y de Roux.

**Resultados.** La paciente no ha vuelto a presentar episodios de colangitis.

**Conclusiones.** El tratamiento de la EC cuando afecta a todo el hígado es inicialmente médico con control de los episodios de colangitis bacterianas y tratamiento de las litiasis intraquísticas si afecta a un lóbulo el tratamiento quirúrgico es curativo.

*Forma de presentación: Poster.*

**37. Miositis osificante circunscrita.** Glasmeyer P, Margarit Mallol J, Grande Moreillo C, García Bernal M, González Pont G, Forcada Guiu P. *Hospital Universitari Mútua de Terrassa.*

**Objetivos.** La miositis osificante circunscrita es un proceso benigno rara vez encontrado en la infancia (57 casos publicados en la actualidad) que se caracteriza por la formación ectópica de hueso en tejidos blandos. Su localización más frecuente son las extremidades.

El objetivo de esta presentación es aportar un nuevo caso y a su vez poner de manifiesto las dificultades diagnósticas para identificar esta entidad.

**Material y métodos.** Niño de 10 años que presenta una tumoración en cara interna del muslo con importantes signos flogóticos, impotencia funcional y sin antecedente traumático previo. El diagnóstico por técnicas de imagen como la ecografía y resonancia magnética no lograron descartar la posible malignidad de la lesión.

**Resultados.** La ecografía describe la lesión como un absceso intramuscular organizado y la RM sugiere como diagnóstico una miositis osificante sin poder descartar un sarcoma osteogénico extraóseo. La biopsia y su estudio histopatológico revelaron una miositis osificante circunscrita. La extirpación quirúrgica completa en un segundo tiempo de una lesión osificada de 5cm de diámetro no dejó secuelas en el paciente.

**Conclusiones.** La miositis osificante circunscrita en la infancia tiene un buen pronóstico y debe ser diferenciada de procesos malignos con neoformación de hueso.

*Forma de presentación: Poster.*

**38. Ectopia testicular en periné.** Gutiérrez M, Pérez S, Moya MJ, De Agustín JC. *Hospital Infantil del H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La ectopia testicular en periné es una rara anomalía congénita con una incidencia de menos del 1% de los casos de testículos mal descendidos.

**Material y métodos.** Presentamos el caso clínico de un varón de 11 meses de edad diagnosticado preoperatoriamente de ectopia testicular perineal izquierda, con hipoplasia de hemiescrotos izquierdo y hernia inguinal ipsilateral.

**Resultados.** Tras ser valorado, se indica la cirugía en la primera consulta. El abordaje fue combinado: inguinal e incisión de Bianchi. Los hallazgos quirúrgicos fueron: los elementos del cordón espermático atraviesan el canal inguinal, saliendo por el orificio inguinal superficial y se dirigen hacia el periné izquierdo. El testículo izquierdo se encuentra a nivel del tejido celular subcutáneo del periné, con el gubernaculum anclado entre el rafe peno-escrotal y el pliegue génito-crural. El testículo tiene un tamaño de 1,5 x 0,5 cm, una consistencia blanda, así como una disociación epidídimo-testicular. Se realiza orquidopexia escrotal y herniotomía izquierdas, sin incidencias.

**Conclusiones.** Discusión: En todos los casos de pacientes remitidos por escroto vacío, debemos realizar una palpación cuidadosa del paciente, buscando el testículo primero en su trayecto de descenso entre el orificio inguinal profundo y el escroto y posteriormente en posición ectópica. La exploración minuciosa evitará laparoscopias por testículos no palpables.

En los pacientes con ectopia testicular perineal no es preciso retrasar la indicación de la cirugía, puesto que presentan una longitud adecuada de los elementos del cordón, lo que nos permitirá realizar la orquidopexia escrotal sin tensión.

*Forma de presentación: Poster.*

**39. Sinus prepúbico congénito en niña.** Fernández Córdoba MS, González Piñera J, Argumosa Salazar Y, Hernández Anselmi E. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** El sinus prepúbico es una rara anomalía congénita de etiología desconocida que se ha relacionado con la dupli-

cación uretral y los defectos de cierre de la pared abdominal. Realizamos una aportación a los pocos casos presentados en la literatura.

**Material y métodos.** Describimos la forma de presentación, sintomatología, diagnóstico y tratamiento empleados en una niña con esta malformación.

**Resultados.** Niña de 7 meses con orificio cutáneo supra-púbico en línea media con drenaje ocasional de material purulento. No había eliminación de orina a su través ni refería antecedentes de infección. Los genitales eran normales. Una ecografía abdominal mostró un trayecto de 1,3 cm que transcurría entre ambos rectos, sin imágenes quísticas asociadas. Se realizó una fistulografía con cánula flexible que opacificó un trayecto lineal con finalización ciega en el área retropúbica, por encima del clítoris. Una cistografía miccional simultánea mostró vejiga y uretra normales, situándose el trayecto fistuloso a lo largo de la línea media anterior a escasos milímetros del tercio superior de la vejiga sin demostrar conexión con la misma y distante de la uretra. Se realizó escisión simple del sinus sin complicaciones.

**Conclusiones.** El síntoma principal de esta malformación es la descarga purulenta por el orificio cutáneo, siendo raras otras manifestaciones. La fistulografía realizada de forma simultánea con la cistografía miccional es el mejor método de diagnóstico. Se consigue así visualizar el trayecto y su relación con el tracto urinario. Una exéresis simple es suficiente para tratar esta anomalía.

*Forma de presentación: Poster.*

**40. Presentación poco frecuente de atresia esofágica con fístula distal a bronquio izquierdo.** Cortés J, Sanchís G, Marijuán V, Couselo M, Gómez-Chacón J, Mangas L, López J, Roca A. *Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** La atresia esofágica se presenta más frecuentemente con fístula distal (tipo C de Gross). Una variante muy poco frecuente consiste en la presentación de una fístula broncoesofágica. Presentamos un caso de atresia de esófago con fístula de bolsón distal a bronquio izquierdo y el manejo quirúrgico de dicha malformación.

**Material y métodos.** Para el diagnóstico de dicha variante malformativa se utilizó el fibrobroncoscopio de 1,8 mm previo a la cirugía.

Bajo anestesia general se introdujo el fibrobroncoscopio a través del tubo endotraqueal, explorando el árbol bronquial hasta bronquios segmentarios.

**Resultados.** Se visualizó endoscópicamente en la división del bronquio principal izquierdo un tercer conducto correspondiente a una fístula broncoesofágica. Con el fibrobroncoscopio se canalizó la fístula hasta llegar a esófago y cámara gástrica.

Con la fístula canalizada se procedió al abordaje quirúrgico de la malformación, sirviendo el fibrobroncoscopio como guía para su localización.

**Conclusiones.** La atresia esofágica constituye un espectro malformativo muy variable.

*Forma de presentación: Poster.*

**41. Abordaje multidisciplinar de la neurofibromatosis tipo 1 (NF1).** Hernández S, López-Gutiérrez JC, Ramírez M, López S, Soto C, Díaz M, Ros Z, Tovar JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Presentar nuestra experiencia en el tratamiento multidisciplinar de esta compleja enfermedad durante los últimos 20 años, en el que el cirujano pediátrico desempeña un papel preponderante.

**Material y métodos.** Revisamos los niños con NF1 seguidos por el Servicio de Neuropediatría de nuestro hospital y referidos a la Asociación Española de neurofibromatosis para tabulación y soporte. El diagnóstico fue confirmado mediante estudios de Genética Molecular. Analizamos las indicaciones del tratamiento quirúrgico y las técnicas empleadas.

**Resultados.** De 118 pacientes se intervinieron 96 con neurofibromas, de los que 60 eran dermoepidérmicos, 21 subcutáneos y 15 de troncos nerviosos, realizándose en éstos enucleación extra-neural. Se practicó extirpación simple o láser CO<sub>2</sub> para los neurofibromas cutáneos múltiples, expansión tisular para reducir o eliminar los plexiformes, abordaje craneofacial por afectación de órbita en 16 casos y reconstrucción microquirúrgica (con peroné vascularizado en 6, y osteotomía correctora en 5) en 11 que desarrollaron pseudoartrosis. Fue precisa traqueotomía por neurofibromas cervicales irreseccables en 2 y otros 2 presentaron afectación severa del tracto urinario. Tres pacientes desarrollaron neurofibrosarcomas. Actualmente una niña sigue tratamiento compasivo con Imatinib para frenar la progresión agresiva de la enfermedad.

**Conclusiones.** La neurofibromatosis es una enfermedad sistémica que requiere detección precoz, siendo necesario desarrollar programas multidisciplinarios de atención temprana y continuada que minimicen las secuelas. La cirugía precoz de los neurofibromas de evolución agresiva o en localización difícil mejora notablemente la calidad de vida del paciente.

*Forma de presentación: Poster.*

**42. Orquiepidimitis en la malformación anorrectal. A propósito de un caso.** García Urgellés X, Guindos Rua S, Sanchis Solera L, Castro Sánchez M. *Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.*

**Objetivos.** Las orquiepidimitis de repetición constituyen una entidad frecuente en la evolución de las malformaciones anorrectales del varón. Presentamos un caso de buena evolución con tratamiento conservador tras descartar las principales causas de origen iatrogénico como la estenosis de uretra, el divertículo uretral y la refistulización uretral.

**Material y métodos.** Paciente de 9 meses con antecedentes de malformación anorrectal con fístula rectouretral intervenida a las 48 horas de vida practicándose anorrectoplastia sagital posterior y angioma de extremidad inferior derecha que se extiende hacia periné y hemiescrotos derecho, que presenta orquiepidimitis de repetición desde los 6 meses de edad que responden a tratamiento antibiótico con Amoxicilina-Ac. clavulánico. Se

le practica cistografía que muestra gran dilatación de la uretra posterior sin estenosis de uretra y reflujo a ambas vesículas seminales. Se practica cistoscopia que descarta estenosis de la uretra, apreciándose gran utrículo prostático y morfología vesical normal con uréteres normoimplantados.

**Resultados.** Tras la instauración de profilaxis nocturna con trimetropin-sulfametoxazol, el paciente permanece asintomático y con exploración física y ecográfica del testículo normal.

**Conclusiones.** 1. El desarrollo de orquiepididimitis se asocia con infección de orina. El tratamiento profiláctico de la misma hasta ahora se ha mostrado eficaz en la evolución de nuestro paciente. 2. La ausencia de la alteración iatrogénica de la uretra nos induce a pensar que el componente malformativo de la uretra posterior juega el papel etiológico principal en el desarrollo de las orquiepididimitis de nuestro paciente.

*Forma de presentación: Poster.*

**43. Bilioma en un lactante. A propósito de un caso.** Mendieta N, Benito A, Sammartino F, Lombardich L, González D. *Residencia de Cirugía Pediátrica Hospital Dr. Humberto Notti. Mendoza, Argentina.*

**Objetivos.** Los biliomas o pseudoquistes biliares son colecciones encapsuladas de bilis fuera del árbol biliar, producidas principalmente por traumatismos quirúrgicos, patologías de la vía biliar, y en algunos casos (como en este) por causa idiopática. Presentamos un caso de bilioma abdominal en una niña de 2 meses de edad, sin antecedentes de cirugías o traumatismos previos.

**Material y métodos.** Niña de 2 meses nacida de término, peso adecuado, sin antecedentes de cirugías previas, derivada a nuestro hospital por distensión abdominal. Al examen de ingreso presentaba regular estado, ictericia, con importante distensión y circulación colateral abdominal, con compromiso respiratorio. Se solicita tomografía abdominal e informa voluminosa formación expansiva abdomino-pelviana, de densidad líquida homogénea de aproximadamente 15x20 cm, con marcada compresión y desplazamiento de órganos sólidos y vísceras. Se practica laparotomía exploradora y se constata bilioma secundario a perforación de colédoco, y buen pasaje inicial a duodeno por radioscopia por lo que se coloca tubo de Kehr. Tras regular evolución se realiza laparotomía exploradora, comprobando obstrucción a nivel de colédoco distal por lo que se practica anastomosis biliodigestiva con buena aceptación por la niña.

**Resultados.** Resultados de anatomía patológica informaron: pseudoquiste con proceso inflamatorio crónico inespecífico y depósitos de pigmento biliar; parénquima hepático con colestasis y proceso inflamatorio focal; colédoco con proceso inflamatorio agudo inespecífico. Citología neoplásica negativa.

**Conclusiones.** La presentación del bilioma en este grupo etáreo asociado a la falta de antecedentes patológicos o traumáticos plantea una incógnita acerca de la causa. Los diagnósticos planteados en este caso fueron: perforación idiopática y quiste de colédoco perforado.

*Forma de presentación: Poster.*

**44. Páncreas ectópico como causa de dolor abdominal recurrente en un paciente pediátrico.** Corona C, Cañizo A, Fanjul M, Carrera N, Tardáguila AR, Zornoza M, Cerdá J. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** El páncreas ectópico es una patología poco frecuente en la edad pediátrica, que rara vez produce sintomatología. Presentamos un caso de páncreas ectópico en un paciente en estudio por dolor abdominal recurrente

**Material y métodos.** Niño de 13 años que presenta epigastralgia de 3 meses de evolución asociada a vómitos aislados y pérdida de peso. Exploración física normal. Se realizan como pruebas complementarias: analítica completa, ecografía abdominal, sangre oculta en heces y test del aliento sin hallazgos. Gastroscoopia: lesión antral de aspecto polipoideo umbilicada de 15 mm en curvatura menor sospechosa de páncreas ectópico. Biopsia: mucosa gástrica normal.

**Resultados.** Ante el diagnóstico de sospecha y la persistencia de síntomas se decide exéresis quirúrgica extramucosa de la lesión guiada por endoscopia. Anatomía patológica de la pieza operatoria compatible con páncreas ectópico. El paciente se encuentra asintomático tras un año de seguimiento

**Conclusiones.** A pesar su baja incidencia, el páncreas ectópico forma parte del diagnóstico diferencial del dolor abdominal recurrente en la edad pediátrica. La imagen endoscópica es característica, y el tratamiento quirúrgico supone la desaparición de los síntomas en la mayoría de los casos.

*Forma de presentación: Poster.*

**45. Síndrome de Rapunzel: entidad poco frecuente.** Uroz Tristán J, Beltrà Picó R, Mogueya SA, Fail A. *Unidad de Cooperación Internacional del Servicio Canario de la Salud. Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Aportar un caso clínico de Tricobezoar, entidad patológica que se origina por la deglución compulsiva y continuada de cabello. Se asocia a desnutrición, pérdida de peso, dolor abdominal y signos de obstrucción gastrointestinal. Cuando el Tricobezoar gástrico se extiende con una cola que alcanza el intestino delgado se denomina síndrome de Rapunzel.

**Material y métodos.** Niña de 6 años de edad admitida en nuestro Hospital por presentar cuadro de vómitos y astenia de dos años de duración. En la tomografía computarizada se visualiza estómago y duodeno ocupado por una masa de aspecto sólido. Se le practicó laparotomía y se apreció una gran masa intragástrica. Una gastrostomía reveló un gran tricobezoar que moldeaba el estómago y se extendía a yeyuno. Se extrajo completamente.

**Resultados.** La niña se recuperó completa y satisfactoriamente.

**Conclusiones.** Siendo en ocasiones un cuadro clínico confuso, una historia clínica detallada orientará al diagnóstico. Aun-

que en la actualidad se describe la extracción del bezoar mediante técnicas endoscópicas o laparoscópicas, cuando estos configuran el síndrome de Rapunzel es muy difícil y menos segura la extracción por estas vías que mediante una laparotomía clásica. Este es el primer caso descrito en Mauritania.

*Forma de presentación: Poster.*

**46. Laura y Leire: Dos caras de la misma moneda.** Morcillo Azcárate J, Millan Lopez AM, Fernández Alguacil A, Tuduri Limousin I, Aspiazu Salinas DA, Jiménez Crespo MV, de Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Presentar dos casos de gastrosquisis con atresia de colon e intestino delgado, resueltos de diferente manera.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de dos casos.

**Resultados.** Laura: RN 35 semanas de gestación 2.400 g, con diagnóstico prenatal de gastrosquisis mayor de 4 cm, sin malformaciones asociadas. En quirófano se evidencia atresia de ciego, colon ascendente y transversal, con una desproporción 1:5. Se realiza anastomosis término-terminal y cierre primario del defecto ventral. La paciente evoluciona torpidamente, realizándosele una laparotomía al mes de vida objetivándose un síndrome adherencial y anastomosis con un calibre óptimo, tolerando la alimentación a los 4 días postoperatorios y no presentando sintomatología en el seguimiento actual (6 meses).

Leire: RN 35 semanas de gestación 1.400 g, con diagnóstico prenatal de gastrosquisis mayor de 4 cm, sin malformaciones asociadas. En quirófanos se evidencia atresia de íleon, ciego, colon ascendente, con intestino proximal de longitud desconocida y de paredes engrosadas y adheridas. Se realiza una ostomía de cabos separados y un cierre diferido 24h, con parche de gore-tex. Se inicia tolerancia oral a las 3 semanas, trasvasando el contenido fecal a la ostomía distal. A los dos meses se realiza reconstrucción de tránsito, evidenciando un intestino de mejor calidad y longitud suficiente. A los 9 días de la reconstrucción de tránsito sufre una evisceración, realizándose un nuevo cierre. Se reinicia tolerancia oral a las seis semanas.

**Conclusiones.** Aunque puede ser muy beneficioso resolver las malformaciones congénitas en un solo acto quirúrgico, siempre hay que vigilar la seguridad del paciente, por lo que defendemos ambas actitudes presentadas.

*Forma de presentación: Poster.*

**47. Toracofrenotomía derecha para exéresis de tumor tóraco-abdominal.** Pérez Bertólez S, Cabello Laureano R, García Vallés C, Morcillo Azcárate J, Aspiazu Salinas D, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La toracofrenotomía se ha empleado principalmente para la exéresis de quistes hidatídicos hepáticos y pulmo-

nares, para la cirugía de la glándula suprarrenal o para la cirugía vertebral anterior.

**Material y métodos.** Presentamos esta vía de abordaje en un niño con un neuroblastoma tóraco-abdominal.

**Resultados.** Niño de 1 año diagnosticado de neuroblastoma tóraco-abdominal, que tras finalizar el tratamiento de inducción quimioterápica presenta un tumor de 7x5x4 cm en mediastino posterior y retroperitoneo derecho. Se realiza la exéresis quirúrgica del tumor desde una toracotomía en 10° espacio intercostal, se incide el diafragma para acceder al retroperitoneo, sin necesidad de realizar una laparotomía, lumbotomía o seccionar costillas. La evolución postoperatoria fue favorable, pudiendo irse de alta a las 72 horas.

**Conclusiones.** La toracofrenotomía es una vía de abordaje que puede emplearse en casos seleccionados para tratar ciertas patologías que se encuentran en ambos lados del diafragma.

*Forma de presentación: Poster.*

**48. Obstrucción duodenal extrínseca neonatal por páncreas bífido.** Pérez Bertólez S, Morcillo Azcárate J, Granero Cendón R, Cabello Laureano R, Fajardo M\*, De Agustín Asensio JC. *Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** El páncreas bifidum es una anomalía extremadamente rara del desarrollo embriológico del páncreas. La mayoría de los casos descritos son hallazgos incidentales.

**Material y métodos.** Presentamos el primer caso descrito de obstrucción extrínseca de la cuarta porción duodenal por este tipo de anomalía.

**Resultados.** Niña de 17 días que ingresa por vómitos biliosos desde el nacimiento y escasa ganancia ponderal. A la exploración destaca una distensión epigástrica, con el resto del abdomen excavado. Las pruebas de imagen realizadas fueron: 1) Radiografía abdominal: signo de la doble burbuja. 2) Ecografía abdominal: compatible con obstrucción duodenal. 3) Tránsito aéreo: distensión proximal con cambio brusco de calibre en la 4ª porción duodenal, con escaso paso de gas.

En la cirugía se evidenció una malrotación intestinal tipo IIIA, un vólvulo de intestino medio y una obstrucción extrínseca por tejido pancreático, con un cambio de calibre brusco en 4ª porción duodenal, de forma similar al páncreas anular. Se realizó una devolvulación, una duodeno-duodenostomía en diamante de Kimura, una intervención de Ladd y una apendicectomía. La evolución postoperatoria fue favorable. Tras el alta hospitalaria, acudió en 2 ocasiones a Urgencias por vómitos. Se realizaron: 1) Radiografía abdominal: adecuada distribución aérea. 2) Tránsito EGD: adecuado paso del contraste por la anastomosis. 3) TC abdominal: no signos de obstrucción intestinal. Cambios postquirúrgicos. Páncreas bifidum.

**Conclusiones.** Aunque el páncreas bífido se ha considerado un hallazgo incidental en pacientes que están siendo estudiados por procesos no relacionados, en nuestro caso era el factor etiológico claro de la obstrucción duodenal.

*Forma de presentación: Poster.*

**49. Invaginación postoperatoria tras funduplicatura de Nissen.** Cebrián Muñíos C, Vega Mata N, Gómez Farpón A, Granell Suarez C, López López T, Álvarez Muñoz V, Martínez-Almoyña Rullán C. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** La invaginación postoperatoria constituye una entidad conocida pero infrecuente que puede originar una obstrucción intestinal en el postoperatorio de una cirugía abdominal. El diagnóstico es difícil y requiere un alto grado de sospecha, suele confundirse con íleo postoperatorio. La detección y tratamiento precoces son importantes para evitar daños que obliguen a resección intestinal. Presentamos el caso de un lactante varón de 10 meses que presentó una invaginación yeyuno-yeyunal en el postoperatorio de una funduplicatura de Nissen.

**Material y métodos.** Lactante con reflujo gastro-esofágico grave y hernia hiatal en el que se realiza funduplicatura de Nissen iniciada por laparoscopia y convertida posteriormente a vía abierta. En el postoperatorio presenta distensión abdominal y drenaje copioso a través de la sonda nasogástrica. La radiografía de abdomen muestra distensión de intestino delgado.

**Resultados.** Ante la persistencia de los síntomas y signos oclusivos se practica laparotomía en la que se evidencia una invaginación yeyuno-yeyunal establecida y larga que se reduce manualmente. No existe sufrimiento intestinal y no se precisa resección. El paciente evoluciona posteriormente de forma adecuada, con un normal restablecimiento del tránsito intestinal.

**Conclusiones.** La invaginación intestinal es una complicación postoperatoria rara y potencialmente grave en la que el diagnóstico precoz es crucial para la evolución.

*Forma de presentación: Poster.*

**50. Resección toracoscópica de secuestro pulmonar extralobar doble.** Pérez Bertólez S, Cabello Laureano R, Tuduri Limusín I, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** El secuestro pulmonar es una rara malformación congénita que puede ser causa de infecciones respiratorias o de hemoptisis. Tradicionalmente se ha empleado la toracotomía para su extirpación.

**Material y métodos.** Presentamos un caso con dos secuestros pulmonares extralobares ipsilaterales extirpados por toracoscopia.

**Resultados.** Niño de 1 año diagnóstico prenatal de malformación pulmonar, con confirmación postnatal de 2 secuestros pulmonares basales izquierdos. Se realiza su extirpación mediante toracoscopia con tres trócares de 5 mm. El paciente evolucionó favorablemente, pudiendo irse de alta hospitalaria a las 48 horas del procedimiento, permaneciendo asintomático durante el seguimiento.

**Conclusiones.** La toracoscopia es una técnica eficaz y segura para la extirpación de los secuestros pulmonares extralobares.

*Forma de presentación: Poster.*

**51. ¿Fístula branquial?** Margarit Mallol J, Grande Moreillo C, Glasmeyer P. *Hospital Universitari Mútua de Terrassa.*

**Objetivos.** Aportar un paciente de 9 años de edad que presenta orificio fistuloso congénito localizado en tercio posterior de la rama horizontal de la mandíbula derecha con supuración ocasional de material seroso.

**Material y métodos.** Se trata de un paciente con orificio fistuloso de localización inhabitual, con diagnóstico dudoso de fístula branquial que por proximidad al segmento superior del esternocleidomastoideo podría corresponder a una fístula de primer arco, aunque de forma sorprendente en la fistulografía, su desembocadura se encuentra por delante de la fosa amigdalina por lo que quedaría descartada esta posibilidad, asemejándose más a una fístula de segundo arco. No existen antecedentes de infección de la zona que pudieran dar lugar a la fistulización.

Se ha revisado la bibliografía y no se han encontrado otros casos descritos con un trayecto fistuloso de estas características.

**Resultados.** Se realiza tratamiento quirúrgico que constata la presencia de una fístula de unos tres cm. de longitud que comunica la piel correspondiente al ángulo de la mandíbula con la cavidad oral por delante del pilar amigdalino anterior.

El estudio histológico es compatible con fístula branquial.

**Conclusiones.** Nos podemos encontrar ante una nueva variedad o subtipo de fístula branquial no descrita previamente, o bien, ante otro tipo de malformación congénita, de ahí nuestro título, el cual únicamente pretende abrir el debate de: ¿Cuál es su diagnóstico?

*Forma de presentación: Poster.*

**52. Tumoración intraesofágica por uña artificial.** Valdés E, Cortés J, Sanchís G, Fonseca R, Mangas L, Gutiérrez C, Barrios JE, Vila JJ, García-Sala C. *Hospital Universitari La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** El estridor inspiratorio puede deberse a múltiples causas. Cuando la presentación es brusca siempre hay que sospechar algún cuerpo extraño o patología intraluminal que afecte a las grandes vías (tráquea o bronquios principales). Si la presentación es más gradual, la compresión extrínseca por otras patologías (tumoral, congénita) puede ser la causa.

**Material y métodos.** Niña de 21 meses que consulta repetidas veces por estridor inspiratorio intermitente con mucosidad abundante. Como único antecedente, ha disminuido su apetito.

Se realiza fibrobroncoscopia, apreciando colapso del tercio medio de tráquea, sospechando anillo vascular.

Los hallazgos de imagen (Eco y TAC) muestran lesión mediastínica que sugiere divertículo esofágico probablemente complicado.

La endoscopia digestiva muestra una masa ulcerada esofágica en tercio superior, que impide el paso del endoscopio y la sonda. Existen restos de fibrina en las porciones altas de la lesión.

**Resultados.** Se coloca gastrostomía y en una posterior intervención mediante se realiza esofagostomía apreciando cuerpo

extraño de gran tamaño (uña) en el interior del esófago. El postoperatorio fue excelente.

**Conclusiones.** En lactantes, el estridor inspiratorio de presentación brusca y origen no filiado exige la realización de broncoscopia. En caso de ser esta normal, sería útil la realización de endoscopia para descartar otras causas.

*Forma de presentación: Poster.*

**53. ¿Invaginación o pólipo?** García Palacios M, Somoza I, Gómez Veiras J, Molina E, García González M, Tellado M, Caramés J, Dargallo T, Pais E, Vela D. *Hospital Materno Infantil. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** La invaginación intestinal es una de las causas de dolor abdominal tipo cólico más frecuentes en lactantes; en muchas ocasiones esta invaginación es guiada por la presencia de un pólipo.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un lactante de 2 años remitido a nuestro centro por un cuadro invaginación intestinal reducido mediante hidroenema en su Hospital de referencia. A su llegada se encuentra asintomático sin embargo a las doce horas posteriores a su ingreso comienza de nuevo con crisis de dolor tipo cólico por lo que se decide realizar una nueva ecografía donde se evidencia una imagen compatible con invaginación intestinal.

**Resultados.** Ante la clínica y la exploración ecográfica se decide realización de un nuevo hidroenema. Al paso del enema a la altura de la zona donde la imagen ecográfica sugería una invaginación se perfila una imagen pediculada que ocupa la práctica totalidad de la luz intestinal en probable relación con pólipo intestinal sin poder confirmarse la presencia de invaginación a dicho nivel. Se realiza colonoscopia en la que se extirpa un pólipo a nivel del ángulo hepático en colon ascendente.

**Conclusiones.** La imagen ecográfica del pólipo es muy similar a la de la invaginación lo que llevó a confusión y sólo se pudo diagnosticar durante el enema. En este paciente no podemos excluir que hubiera tenido una invaginación en su Hospital de referencia. La similitud en la imagen ecográfica de un pólipo de gran tamaño con la imagen en donut de la invaginación puede llevar a confusión diagnóstica.

*Forma de presentación: Poster.*

**54. La torsión apendicular primaria existe.** Curbelo M, Giné C, Peiró JL, Bueno J, Brun N, Broto J, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La torsión apendicular es una entidad extremadamente rara con pocos casos descritos en la literatura. Clínicamente es indistinguible de la apendicitis aguda y su diagnóstico suele ser intraoperatorio. Presentamos un caso.

**Material y métodos.** Paciente de 2 años con dolor abdominal focalizado en fosa ilíaca derecha y vómitos de cuatro días de

evolución con fiebre de 38° C en las últimas 24 horas. Destaca un abdomen distendido, doloroso y con signos de irritación peritoneal. En la analítica se objetiva leucocitosis con PCR elevada y la ecografía sugiere una apendicitis aguda. Se decide intervención quirúrgica urgente.

Se interviene mediante incisión Mc Burney, objetivándose un apéndice cecal congestivo (de 9 x 1,3 cm), que se encuentra torsionado unos 720° en sentido contrario a las agujas del reloj, con su vaso de mesoappex trombosado. No se objetiva otra patología subyacente. Se efectúa la apendicectomía sin incidencias. El postoperatorio cursa sin complicaciones y recibe el alta hospitalaria al 4º día postintervención. Los hallazgos histopatológicos confirman el diagnóstico de torsión apendicular.

**Resultados.** La torsión apendicular es indistinguible clínicamente de una apendicitis aguda y su diagnóstico suele ser intraoperatorio. La ecografía abdominal de rutina no suele utilizar el doppler que sería definitorio en el diagnóstico. La torsión primaria se asocia frecuentemente a un apéndice de gran longitud. Aunque menos frecuente, es imprescindible descartar una causa secundaria de torsión (tumoración, mucocoele, malformación).

**Conclusiones.** Aunque la torsión apendicular es extremadamente rara, constituye otra entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de todo abdomen agudo con focalización en fosa ilíaca derecha.

*Forma de presentación: Poster.*

**55. Inflamación focal renal.** Amat Valero S, Blesa Sánchez E, Enríquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R. *Hospital Universitario Materno Infantil. SES. UEX Badajoz. Grupo de investigación en pediatría PAIDOS (CTS019).*

**Objetivos.** La detección de una tumoración renal implica descartar patología maligna. Sin embargo las neoplasias no son la única posibilidad.

**Material y métodos.** Presentamos una paciente con una inflamación focal renal presentada como pseudotumor.

**Resultados.** Niña de 12 años enviada con diagnóstico de tumor renal. Fiebre prolongada, vómitos, anorexia, pérdida de peso (10Kg), astenia y lumbalgia izquierda. Realizada elongación de fémur derecho seguido de celulitis por S.Aureus un mes antes, que responde a tratamiento médico. Exploración física: masa lumbar y de flanco izquierdo con contractura muscular, dura de bordes mal definidos. Leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada. Leucocituria. Vulvovaginitis positiva a *E. coli*. ECO y TAC abdominal: tumoración sólido-quística de 6,5 cm en riñón izquierdo. Gammagrafía renal: 51% de actividad del riñón izquierdo. Marcadores tumorales normales. Ante la sospecha de proceso inflamatorio complicado se inicia antibioterapia de amplio espectro. Buena evolución con desaparición de sintomatología a partir del tercer día y mejoría de hallazgos ecográficos en controles seriados. Asintomática en la actualidad, 4 meses después.

**Conclusiones.** La detección de una tumoración renal suele exigir la realización de pruebas invasivas para su diagnóstico y estadificación. En los casos excepcionales en los que una tumoración

ración renal no corresponde a enfermedad maligna, éstos podrían evitarse, como ocurrió con nuestra paciente, en la que, a pesar del diagnóstico de envío, la clínica sugerente de proceso infeccioso, nos indujo a un tratamiento conservador de prueba, que nos permitió evitar pruebas agresivas innecesarias.

Aunque la primera sospecha debe ser la oncológica, distintos procesos infecciosos, inflamatorios, deben ser tenidos en cuenta.

*Forma de presentación: Poster.*

**56. Perforación duodenal espontánea neonatal. ¿Es congénita o adquirida?** Gómez Culebras MA, Pérez-Etchepare Figueroa E, Barrientos Fernández MG, Soriano Benítez de Lugo D, Antón Hernández L, Tracchia Becco R. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Sana Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** Aportar un nuevo y excepcional caso de perforación neonatal espontánea duodenal, sin patología asociada ni antecedentes previos.

Exponer el diagnóstico y manejo pre y postquirúrgico.

Resultados obtenidos.

**Material y métodos.** recién nacido producto de un embarazo gemelar, por parto normal que a las 24 - 48 horas presenta cuadro de sepsis neonatal de origen desconocido. Iniciado despistaje de sepsis se objetiva un posible origen abdominal. En la exploración al tercer día presenta abdomen empastado con sensación de líquido libre y muy doloroso. En la Rx simple de abdomen no se objetiva neumoperitoneo apreciándose líquido libre.

**Resultados.** Previa estabilización quirúrgica se realiza laparotomía transversa derecha en la que se aprecia plastron en epigastrio e hipocondrio izquierdo ocasionado por perforación duodenal de unos 1,5 cm lineal y sin otra patología asociada. Se procede a la sutura simple de la misma unido a un lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal. La evolución es favorable permaneciendo asintomático en su domicilio.

**Conclusiones.** La perforación espontánea neonatal de duodeno es una rara entidad de la que existen escasos casos descritos en la literatura mundial. Para etiquetarla como tal debe descartarse patología de base como la fibrosis quística.

La etiología no está del todo definida, destacando entre otras, posibles defectos o fallos en la muscular duodenal por la que protuiría la mucosa a modo de divertículo, las maniobras de reanimación enérgicas y el estrés neonatal.

*Forma de presentación: Poster.*

**57. Presentación atípica de hernia inguinal en lactante.** Azpeitia A, Torres C, Alfonso L.F, Ruiz E, Solaetxe N. *Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

**Objetivos.** La hernia inguinal en el lactante se manifiesta clásicamente como una tumoración en región inguinoescrotal. Presentamos un caso de localización atípica.

**Material y métodos.** Lactante de un mes de edad que ingresa por cuadro de crisis de llanto, irritabilidad e hiporexia de 48 horas de evolución, acompañado de tumoración en FID dolorosa e irreductible. En la ecografía abdominal se evidencia probable hernia de Spiegel derecha incarcerada con teste en saco herniario. Con el diagnóstico ecográfico mencionado se realiza intervención quirúrgica, hallándose una hernia inguinal indirecta derecha, que desde el orificio interno del canal inguinal sigue un trayecto ascendente entre los músculos oblicuo mayor y menor hasta alcanzar la línea de Spiegel.

**Resultados.** Tras abordar el saco herniario y comprobar la recuperación de las asas intestinales se practica herniorrafia y orquidopexia regladas.

**Conclusiones.** Aunque la presentación clínica de la hernia inguinal es sobradamente conocida y no supone ningún problema diagnóstico, es descatable la existencia de localizaciones atípicas como la descrita en este caso, que obliga a realizar diagnóstico diferencial con la hernia de Spiegel.

*Forma de presentación: Poster.*

**58. Atresia de esófago con doble fístula traqueo-esofágica: a propósito de un caso.** Delgado Alvira R, Rihuete Heras MA, González Esgueda A, Calleja Aguayo E, Elías Pollina J, Esteban Ibarz JA. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** La atresia de esófago con doble fístula traqueo-esofágica (FTE) supone menos del 3% del total de atresias de esófago.

**Material y métodos.** RN a término, sin antecedentes de interés, que presenta episodio de atragantamiento, taquipnea y desaturación, coincidiendo con inicio de alimentación. Se comprueba imposibilidad al paso de sonda nasogástrica y se realiza radiografía con contraste, comprobando la existencia de atresia de esófago con doble FTE, por lo que se remite a nuestro centro.

**Resultados.** Se interviene encontrando una FTE distal y un bolsón esofágico superior del que parte la FTE proximal de pequeño calibre y trayecto ascendente hacia traquea.

**Conclusiones.** El diagnóstico de la FTE proximal pre o intraoperatorio es difícil y si se retrasa puede tener graves consecuencias: en el 40% de los casos descritos, el diagnóstico de la FTE proximal se realizó después de la primera cirugía, y todos los pacientes presentaron neumonía por aspiración, mortal en algún caso. Existen signos clínicos, bastante inespecíficos, que nos orientaran hacia la presencia de una FTE proximal, como neumonía bilateral severa tras el nacimiento y llenado rápido de la vía aérea en estudios con contraste. El diagnóstico de certeza de la FTE proximal se realizaría mediante un estudio radiológico con contraste (cuyo uso es controvertido dado el riesgo de neumonía por aspiración) o realizando una broncoscopia preoperatoria. Además, durante la intervención de una atresia de esófago con FTE distal debemos movilizar cuidadosamente el segmento esofágico proximal por la posibilidad de encontrar una FTE proximal no diagnosticada

*Forma de presentación: Poster.*

**59 Atresia de píloro. Presentación de un caso clínico.** Sammartino F, Benito A, Mendieta N, Lombardich L, González D. *Hospital Humberto Notti. Mendoza, Argentina.*

**Objetivos.** La atresia de píloro es una patología extremadamente rara con una incidencia de 1 cada 100.000 nacimientos. Si bien puede ocurrir en forma aislada, frecuentemente se asocia a otras anomalías congénitas. El siguiente caso corresponde a un paciente recién nacido con diagnóstico de atresia de píloro sin otra patología asociada

**Material y métodos.** Se presenta el caso de un recién nacido de sexo masculino, pretérmino, que a las 24 h de vida presenta distensión abdominal, acompañado de residuo gástrico por sonda. Se practican estudios de imágenes constatando distensión gástrica, burbuja única y ausencia de aire distal. Se decide realizar laparotomía exploradora comprobando falta de recanalización del píloro, con segmento sólido. Se realiza piloroplastia tipo Heinicke-Miculicz con resección de la membrana. El paciente evoluciona de manera tórpida, con cuadros de oclusión intestinal por bidas, es reintenido donde se comprueba buena permeabilidad del píloro.

**Resultados.** En la bibliografía se describen tres variantes anatómicas de atresia de píloro, según sea membrana pilórica, canal reemplazado por un núcleo sólido o atresia con pérdida de continuidad del intestino. Nuestro caso corresponde a la segunda variante de dicha clasificación.

**Conclusiones.** La atresia de píloro sin anomalías asociadas es de presentación infrecuente, sin embargo debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en cuadros de síndrome pilórico.

*Forma de presentación: Poster.*

**60. Tricobezoar gigante de presentación clínica inusual.** García Gómez M, Martín Cano F, Licerias Licerias E, Díaz Moreno E, Valladares Mendías JC. *Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** El tricobezoar es una patología infrecuente en cirugía pediátrica, no obstante existen una diversidad de casos aportados, que casi siempre han debutado con un cuadro de obstrucción intestinal. El objetivo de esta aportación es presentar un debut clínico inusual de tricobezoar (no presente en la literatura consultada) como masa abdominal palpable y visible en el abdomen de la paciente.

**Material y métodos.** Presentación de caso clínico inusual de tricobezoar que debuta como masa abdominal visible y palpable con apotación de imágenes de endoscopia y cirugía

**Resultados.** Paciente de 10 años con tricofagia de varios años de evolución, que induce la aparición de un tricobezoar ocupante de toda la cavidad gástrica, evidenciable mediante masa visible y palpable. También presentaba dolor abdominal crónico y vómitos. El diagnóstico definitivo se realizó mediante endoscopia, tras la cual se realizó laparotomía, gastrotomía y extracción del tricobezoar. Se reinició la alimentación al 5º día postoperatorio. Actualmente la paciente está asintomática y sigue tratamiento psicológico.

**Conclusiones.** La aparición de masa abdominal visible y palpable en paciente con tricofagia debe hacer pensar en la posi-

bilidad de la existencia de un tricobezoar. Estos pacientes deben ser evaluados y seguidos por Unidad de Salud Mental Infantil, cuya participación es fundamental para evitar recidivas, que llegan a ser de hasta un 20%.

*Forma de presentación: Poster.*

**61. Lipoblastoma paravertebral.** Argumosa Salazar Y, Hernandez Anselmi E, Fernández Córdoba M, González Piñera J, García Mialdea O, Lillo M\*, Nan Cha SH\*\*. *Servicios de Cirugía Pediátrica, \*Pediatria y \*\*Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** El lipoblastoma es un tumor de grasa blanca embrionaria, raro, crecimiento rápido, benigno aunque localmente invasivo, frecuente en menores de 3 años (90%) predomina en varones (3:2). Existen pocos casos descritos de localización paravertebral, siendo más frecuentes en extremidades. La resección completa evita las recidivas (14%)

**Material y métodos.** Caso clínico de lactante femenino con lipoblastoma paravertebral

**Resultados.** Niña de 14 meses sin antecedentes de interés, con tumoración sólida paravertebral izquierda desde los 6 meses de vida, indolora, inmóvil, 7x 5 cm, de crecimiento rápido. Hemograma, bioquímica, serologías y marcadores tumorales normales. Ecografía: masa sólida, heterogénea, ovoidal, halo hipocóico, mal delimitada posteriormente TAC: Masa de 4.3x 4x 6.5 cm ubicada en musculatura paraespinal izquierda desde C2 hasta D4, bien delimitada, densidad grasa con septos, sin captación de contraste, calcificaciones o vascularización. RMN: No invade los agujeros de conjunción. PAAF: Sugestiva de tumor adiposo. Biopsia en Cuña: Tumor adiposo sin atipia, necrosis o mitosis. Dudosos lipoblastos. Se realiza intervención quirúrgica con los hallazgos: Tumoración lobulada de tejido adiposo, firme, bien delimitada en el espesor de la musculatura paravertebral, adecuado plano de clivaje que permite la exéresis completa. Diagnóstico anatomopatológico: Lipoblastoma.

**Conclusiones.** En un niño sano menor de 3 años con una tumoración sólida de crecimiento rápido, bien delimitada y densidad grasa por estudios de imagen, el lipoblastoma aparece como primera opción. La dificultad de diferenciación con otras tumoraciones adiposas mediante biopsia hace necesaria la extirpación quirúrgica completa para un diagnóstico histológico concluyente. En casos de histología dudosa el estudio citogenético permite el diagnóstico diferencial con liposarcoma.

*Forma de presentación: Poster.*

**62. Síndrome de Peutz-Jeghers. Doble invaginación intestinal simultánea como causa de abdomen agudo.** García González M, Muiño Vidal M, Alvarez Devesa L, Gómez Veiras J, García Palacios M, Molina Vázquez E, Somoza Argibay I, Pais Piñeiro E, Vela Nieto D. *Hospital Materno Infantil Teresa Herrera A Coruña. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** El síndrome de Peutz-Jeghers es un trastorno AD que también puede aparecer de forma esporádica. Sus características principales son las manchas melánicas que aparecen en piel y mucosas y los pólipos hamartomatosos a nivel gastrointestinal. Existen referencias bibliográficas de doble invaginación intestinal en pacientes afectos de esta patología sobre todo en edad adulta. Presentamos el caso de una doble invaginación en una niña con síndrome de Peutz Jeghers y con antecedentes de invaginaciones previas.

**Material y métodos.** Paciente de 14 años con Síndrome de Peutz-Jeghers sin AF de interés seguida en consultas de gastroenterología desde el 2005. Presenta cuadro clínico de 2-3 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal de características cólicas, vómitos y afectación del estado general. Se realiza radiografía simple y ecografía abdominal objetivándose obstrucción intestinal 2ª a invaginación ileal.

**Resultados.** Se decide intervención quirúrgica urgente: reducción de dos invaginaciones una en ileon proximal y otra en unión ileocecal y resección de dos pólipos de gran tamaño en dichas localizaciones, identificándose múltiples pólipos de gran tamaño a lo largo de todo el intestino.

**Conclusiones.** Recalcar la importancia del diagnóstico adecuado de estos pacientes así como el seguimiento y control de los mismos y constatar la frecuencia de complicaciones que tienen lugar ya desde la edad infantil. Debido a la gran cantidad de pólipos que suelen presentar, señalar la importancia de una exhaustiva exploración intestinal en los casos de abdomen agudo y descartar así la coexistencia de varias invaginaciones que suele evidenciarse como hallazgo intraoperatorio.

*Forma de presentación: Poster.*

**63. Peritonitis meconial prenatal complicada.** Alfonso LF, Azpeitia A, Solaetxe N, Ruiz E, Blanco JL, Prado C, González G. *Servicio de Cirugía Infantil Hospital de Cruces. Vizcaya.*

**Objetivos.** La peritonitis meconial es una peritonitis química estéril, producida por una perforación intestinal entre las 24 semanas de edad gestacional y las primeras horas de vida postnatal. Su incidencia ha aumentado debido a los avances en el diagnóstico y tratamiento pre y postnatales generando mejores pronósticos.

**Material y métodos.** Presentamos un caso de un varón de 32 semanas y 2.150 g con ecografías prenatales: refringencia y dilatación intestinal con hidramnios asociado. Al nacimiento presenta un abdomen distendido y doloroso a la palpación procediéndose a su ingreso en UCIN debido a prematuridad. En Rx abdominal se evidencian calcificaciones en FID con imagen ecográfica compatible con vólvulo intestinal. Se decide intervención a las 12 horas de vida hallándose vólvulo de fleon proximal con perforaciones múltiples, peritonitis meconial y atresias de ileon medio y distal tipo IV. Se reseca el fleon volvulado y atrésico, corrigiéndose la atresia tipo I y realizando anastomosis T-T, posteriormente se realiza yeyunostomía e ileostomía proxi-

mal. A las 3 semanas tras estudio radiológico y constatar 2 atresias en colon, se reinterviene realizando plastia de las mismas por ser atresias tipo I y anastomosis yeyuno-ileal. Posteriormente ha precisado dos reintervenciones por fuga de anastomosis y otra secundaria a cuadro suboclusivo

**Resultados.** Actualmente el paciente permanece ingresado con alimentación mixta parenteral-enteral y buena ganancia ponderoestatural.

**Conclusiones.** El pronóstico en estos pacientes depende de un diagnóstico y cirugía precoz y de un seguimiento multidisciplinar por parte de los servicios de cirugía, neonatología y gastroenterología infantil.

*Forma de presentación: Poster.*

**64. Púrpura de Schönlein-Henoch como causa de escroto agudo quirúrgico.** Gómez-Veiras J, Tellado M, Somoza I, Molina Vázquez ME, García Palacios M, García González M, Dargallo T, Caramés J, Pais E, Vela D. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

**Objetivos.** Comunicar un caso clínico de muy baja incidencia. La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la forma más frecuente de vasculitis en la infancia, y se caracteriza por la tríada clásica de púrpura no trombocitopénica, dolor cólico abdominal o hemorragia gastrointestinal y artralgias o artritis. La PSH afecta a los vasos de pequeño tamaño.

**Material y métodos.** Un caso clínico, correspondiente a un paciente varón de 5 años.

**Resultados.** El paciente acude trasladado de madrugada a nuestro servicio por presentar una clínica compatible con una torsión testicular. El paciente presentaba como antecedente la aparición de un exantema purpúrico de 3 días de evolución localizado en extremidades inferiores, dolor abdominal y artralgias. Ante la sospecha de torsión testicular se decide exploración quirúrgica, en la cual se evidencia la ausencia de torsión testicular y la presencia de una placa purpúrica a nivel del epidídimo y engrosamiento del mismo. El paciente permaneció ingresado durante tres días con tratamiento antiinflamatorio, con favorable evolución.

**Conclusiones.** La afectación testicular en la PSH es excepcional, consideramos importante comunicar este hallazgo para el diagnóstico diferencial del escroto agudo.

*Forma de presentación: Poster.*

**65. Épulis congénito: presentación de un caso clínico.** Tirado Pascual M, Recober Montilla A, Galiano Duro E. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** El épulis congénito también se conoce como mioblastoma congénito, tumor de células granulosas congénito o tumor de Neumann, quien lo describió por primera vez en 1871. Se trata de un tumor pedunculado que parte del seno alveolar maxilar o mandibular. Su tamaño es variable. Tiene predilección

por el sexo femenino en una proporción 8:1. Puede ser asintomático pero es frecuente que sangre o dificulte las funciones de succión, deglución y respiración.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de una recién nacida sana (2,950 kg), que al nacimiento presenta una tumoración pediculada, de consistencia firme, sonrosada, no dolorosa, de unos 2 cm de diámetro que parte de encía inferior. El resto de la exploración es normal y no manifiesta ningún síntoma respiratorio. Buena tolerancia con biberón pero dificultad para la lactancia materna.

**Resultados.** Se interviene en el primer día de vida bajo anestesia general. Tolerancia bien en pocas horas y es dada de alta al día siguiente. El examen anatomopatológico describe un tumor congénito de células granulares.

**Conclusiones.** Se han descrito menos de 1.000 casos en toda la literatura pero cabe sospechar que se trata de una patología infradiagnosticada o no reportada en muchas ocasiones por la poca repercusión clínica que provoca. El tratamiento de elección es quirúrgico si la masa provoca alguna alteración, normalmente respiratoria o en la alimentación. Si es totalmente asintomática, podría valorarse el tratamiento conservador, ya que se han descrito regresiones espontáneas en varias ocasiones y no se ha descrito malignización, alteración en el desarrollo dental ni otras anomalías.

*Forma de presentación: Poster.*

**66. Torsión testicular de testículo criptorquídico.** Jiménez Crespo V, Pérez Bertólez S, Aspiazu Salinas D, Morcillo Azcárate J, Tuduri Limousin I. De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Paciente que ingresa por dolor y tumoración en canal inguinal. AP: CIV controlada por cardiología. Riñón izquierdo ectópico. Criptorquidia izquierda pendiente de intervención quirúrgica.

**Material y métodos.** estudio de un caso. Paciente varón de 19 meses que ingresa por dolor a nivel de canal inguinal e inflamación escrotal izquierda. Se realiza ecografía que evidencia una hernia inguinal izquierda que se reduce manualmente y la presencia de una tumoración dolorosa que no se reduce, ante lo cual se decide exploración quirúrgica.

**Resultados.** Intervención quirúrgica: 27/12/09 se comprueba la existencia de torsión testicular izquierda realizándose orquiectomía izquierda y orquidopexia derecha. \*AP: 13/01/10 necrosis hemorrágica compatible con torsión testicular.

**Conclusiones.** La AEP aconseja remitir al cirujano pediátrico a los niños con criptorquidia a partir de los 18 meses. Debe intervenir entre el 1er y 2º año de vida. La torsión testicular tiene una incidencia discretamente superior en testículos criptorquídicos que en normodescendidos. Suelen ser torsiones intravaginales. Presentan peor pronóstico las torsiones en estos testículos debido al diagnóstico tardío.

*Forma de presentación: Poster.*

**67. Invaginación intestinal: diagnóstico diferencial.** Gutiérrez M, Tuduri I, Fernández M, De Agustín JC. *Hospital Infantil del Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Presentamos el caso de una niña de tres meses que acude a urgencias de nuestro centro con clínica de obstrucción intestinal.

**Material y métodos.** Niña de 3 meses de edad que acude a urgencias por clínica de vómitos biliosos, estreñimiento y distensión abdominal de 24 horas de evolución. Como antecedentes personales, intervenida de atresia duodenal en el período neonatal. Exploración: distensión abdominal, cicatriz de laparotomía transversa en hipocondrio derecho, peristaltismo conservado.

**Resultados.** Radiografía de abdomen en decúbito supino: distensión generalizada de asas intestinales. Ecografía: imagen en diana en parietocólico derecho. Ante la sospecha de invaginación intestinal se intenta descompresión con enema opaco. Tras tres intentos fallidos se decide intervención quirúrgica urgente. Se aprecia brida intestinal a 10 cm de la válvula ileocecal que voluta y necrosa unos 5 cm de ileon terminal. Se realiza resección de la zona intestinal no vital y anastomosis T-T, sin incidencias.

**Conclusiones.** La causa más frecuente de obstrucción intestinal en el primer año de vida es la invaginación/intususpección intestinal, de localización más frecuente en ileon terminal. Sin embargo, existen otras posibilidades diagnósticas como, por ejemplo, brida congénita.

*Forma de presentación: Poster.*

**68. Tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico hepático: a propósito de un caso.** Cáceres F, Tarrado X, Vancells M, Coloma R, Lerena J, Ribó JM. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** La hidatidosis es una enfermedad producida por *Echinococcus granulosus* en su fase de metacestode. No existe un consenso quirúrgico sobre las opciones técnicas.

**Material y métodos.** Varón 12 años. Consulta por hepatomegalia no dolorosa. Eco abdominal: formación quística localizada en hígado (124 mm x 177 mm). RM: quiste hepático de 134 mm. Análisis: eosinofilia (2000 mil/mm<sup>3</sup>). Transaminasas (ALT: 67/AST: 40). Paul Bunnell (negativo). Ac anti E. granulosus (positivo).

**Resultados.** Se realiza laparotomía, punción de quiste con aspiración e irrigación utilizando solución salina hipertónica y aspiración de contenido. Posteriormente extracción de la membrana externa y germinativa del quiste seguida de quistoperiquistectomía. A demás efectuamos un capitonaje hepático con epiplón en su interior. Evolución postoperatoria favorable se decide al alta al quinto día con profilaxis por 1 mes (Albendazol) 200 mg c/12h.

**Conclusiones.** No hay un consenso claro en cuanto a técnicas quirúrgicas. Consideramos que la aspiración, extracción de la membrana germinativa y quistoperiquistectomía es una buena alternativa que evita la recidiva y disminuye el riesgo de producir fístulas biliares.

*Forma de presentación: Poster.*

**69. Cuerpos extraños en tracto digestivo, un mal caso y una buena solución.** Lerena J, Oliveres M, Vila V, Cáceres F, Ribó JM. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** Los cuerpos extraños en tubo digestivo son causa frecuente de consulta en el servicio de urgencias pediátricas. La ingesta de los mismos, con predominancia de monedas, es la más común. La introducción de los mismos por vía anal es excepcional. Presentamos uno de ellos.

**Material y métodos.** Se trata de una niña de 5 años de edad que acude a urgencias tras introducción de cuerpo extraño transrectal. a la exploración física no se objetivan datos de interés. Tacto rectal se palpa cuerpo extraño en ampolla rectal. Rx de abdomen se aprecia cuerpo extraño (bolígrafo).

**Resultados.** Se decide su ingreso para exploración bajo anestesia general. Con visión endoscópica, junto con Servicio de Gastroenterología, se logra visualizar y extraer el mismo sin incidencias. Buen aspecto de la mucosa rectal. Alta hospitalaria a las 24 horas.

**Conclusiones.** Caso raro, con buen final. Por tratarse de un cuerpo extraño no punzante se evitaron secuelas graves.

Ante cuerpo extraño rectal, equipo multidisciplinario para mejor tratamiento.

*Forma de presentación: Poster.*

**70. Hipospadias medio con micropene: ¿Motivo de estudio de anomalías de la diferenciación sexual?** Farhat H, Albertos N, Navarro C, Garramone N. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario. Alicante.*

**Caso clínico.** Se presenta el caso de un varón de 3 años y 3 meses de edad con fenotipo masculino y mosaicismo 45x0/46xy de diagnóstico postnatal cuyo motivo de estudio fue el micropene asociado a hipospadias de 1/3 medio.

El paciente nació tras un embarazo normal, de padres no consanguíneos. La edad en la primera consulta fue de un año, por hipospadias (Eco urológica pre y postnatal normales). En la exploración física presentaba unos genitales externos masculinos, hipospadias de 1/3 medio y micropene; ambos testes "in situ". A los 3 años se realizó uretroplastia, glanduloplastia y prepucio-plastia con evolución favorable.

Por motivo de micropene asociado a hipospadias se solicitó estudio hormonal y cariotipo confirmando la existencia de Mosaicismo 45x0/46xy. Se decide completar el estudio radiológico, laparoscopia exploradora (para descartar la existencia de restos müllerianos intraabdominales) y biopsia de ambos testes para identificar tejido de riesgo y/o lesiones premalignas.

**Conclusiones.**

- Ante un niño con hipospadias asociado con micropene se debe completar el estudio incluyendo cariotipo.
- El mosaicismo 45x0/46xy tiene una amplia expresividad clínica.
- La posibilidad de desarrollar complicaciones como disgenesia del tejido gonadal con riesgo de malignización e inferti-

lidad y talla baja susceptible de beneficiarse del tratamiento hormonal implica la necesidad de un seguimiento estrecho.

*Forma de presentación: Poster.*

**71. Empleo de material biológico en el tratamiento de las quemaduras de muñeca.** Ayuso Velasco R, Núñez Núñez R, Amat Valero S, Enríquez Zarabozo EM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil. SES. UEX. Badajoz.*

**Objetivos.** Las quemaduras químicas lesionan la piel y tejidos más profundos. En zonas articulares pueden ocasionar secuelas graves con alteraciones de la movilidad. El objetivo es presentar la evolución de un paciente con una quemadura química tratada con material biológico.

**Material y métodos.** Lactante 11 meses, que accidentalmente introduce la mano izquierda en el desagüe de una ducha que contiene sosa cáustica. En pocos minutos se aprecia una herida de aspecto necrótico de hasta 5 cm de ancho que afecta a toda la circunferencia de la muñeca. Tras la limpieza inicial con suero fisiológico, se cura localmente con Nitrofurazona. 8 días después, la escara está indurada, necrótica y compromete la vascularización de la mano. Por ello se practica escarectomía, observando que la lesión profundiza hasta el plano muscular. Realizamos curas diarias con sulfadiazina argéntica 10 días, momento en el que se coloca una lámina de material biológico. Posteriormente se comprueba su adhesión y se hacen curas con povidona yodada. Al mes, se retira el material biológico y se aprecia una buena epitelización, entonces se procede al injerto con piel de la cara externa del muslo.

**Resultados.** La evolución hasta ahora es satisfactoria con buen aspecto y movilidad de la muñeca.

**Conclusiones.** En el tratamiento de las quemaduras que afectan a todo el espesor de la piel es importante tanto el aspecto estético como funcional. Por ello, el material biológico, con su matriz de colágeno bovino, supone una buena herramienta por su función de piel artificial y de regenerador dérmico, consiguiendo, como en nuestro caso, unas buenas apariencias y movilidad articular.

*Forma de presentación: Poster.*

**72. Complejo de Poland con agenesia de arcos costales anteriores, fusión de arcos costales posteriores y escoliosis toracógena recidivada.** Rodríguez de Alarcón García J, Rodríguez de Alarcón Gómez J, Álvarez Bernardo de Quirós M, Acedo Ruiz J, Bernal Triano C. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Objetivos.** El complejo malformativo de Poland se presenta con diferentes niveles de penetrancia que marcan la estrategia quirúrgica. Presentamos un caso con afectación torácica severa e inusual que genera escoliosis toracógena recidivante tras primera intervención.

**Material y métodos.** Niña de 2 años afecta de agenesia de arcos costales anteriores derechos de 3° a 12° con fusión de arcos posteriores de 1° a 5° e hipoplasia de musculatura pectoral ipsilateral, asociada a eventración diafragmática. Atresia anorrectal. FOP y estenosis pulmonar subclínica. Desarrolla, a lo largo del primer año de vida, escoliosis dorsal progresiva determinada por la fusión costal, lo que obliga a realizar intervención quirúrgica.

**Resultados.** Se realiza desinserción del bloque compuesto por arcos posteriores 2° a 4°, desarticulación de los mismos y reconstrucción de arcos anteriores utilizando además hemisegmentos de arcos anteriores contralaterales. Fijación con material de osteosíntesis reabsorbible. Se consigue corrección de la escoliosis, que recidiva dos años después, acompañada de aumento de hipoplasia de hemitórax superior derecho. En segunda intervención, se separan los arcos fusionados, cubriéndolos con placas de teflón. La paciente está pendiente de nuevo abordaje quirúrgico de la hipoplasia del hemitórax superior

**Conclusiones.** La presentación de este caso inusual del que no encontramos precedente en la literatura plantea primero la necesidad de cirugía precoz condicionada por la progresiva escoliosis toracógena y en segundo lugar la tendencia a la reaparición del problema al generarse nueva fusión de origen pericondral. Planteamos que cualquier estrategia quirúrgica debe contar con el aislamiento de los arcos costales residuales o con la eliminación del pericondrio osteogénico.

*Forma de presentación: Poster.*

**73. Actinomicosis en el niño: una enfermedad rara a tener en cuenta.** Cabrejos Perotti K, Pascual Gazquez JF, Sánchez Morote JM, Ruiz Pruneda R, Girón Vallejo O, Navarro Mingorance A, Trujillo Ascanio A, Alfayate Miguelez S, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** La Actinomicosis es una enfermedad rara en la edad pediátrica, producida por un grupo de bacterias colonizadoras habituales de las mucosas. Presentamos 2 casos descritos en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Niño de 10 años que presentaba cuadro de dolor abdominal de 1 mes de evolución con empeoramiento y febrícula los días previos a su ingreso. A la exploración se encuentra plastrón en fosa iliaca derecha y se realiza apendicectomía. En estudio anatomopatológico se encuentra Actinomicetos, tras tratamiento con beta lactámicos presentó buena evolución.

Niña de 2 años que en durante el último mes presentaba tumoración laterocervical izquierda de 2x1 cm sin signos inflamatorios. Se realizó ecografía con datos inespecíficos y en la PAAF se aislaron actinomicetos. Se inició tratamiento con penicilina necesitando resección quirúrgica para eliminar la lesión residual.

**Resultados.** En ambos casos la evolución tras el tratamiento médico-quirúrgico fue favorable.

**Conclusiones.** Es una infección crónica que normalmente aparece tras una disrupción de las mucosas, pudiendo simular

distintas patologías. Hemos elegido estos casos, en los que no se ha demostrado un factor predisponente para la aparición de la enfermedad y para resaltar que, aunque es infrecuente, se puede presentar en edad pediátrica.

Como se refleja en nuestros casos, el diagnóstico principal de esta entidad se consigue por anatomía patológica.

Cabe destacar que, a pesar de la cronicidad, en la mayoría de los casos responde favorablemente al tratamiento prolongado con penicilina, siendo de gran ayuda curativa la exéresis quirúrgica.

*Forma de presentación: Poster.*

**74. Quistes ováricos neonatales intervenidos laparoscópicamente: presentación de 2 casos.** Cabrejos Perotti K, Sánchez Morote J, Ruiz Pruneda R, Girón Vallejo O, Roqués Serradilla JL, Aranda García MJ, Trujillo Ascanio A, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** Los quistes ováricos foliculares en el feto y recién nacida son comunes y aumentan su incidencia debido a una edad materna más avanzada y a las consecuentes complicaciones durante el embarazo como son diabetes, preeclampsia e isoinmunización. La incidencia de quistes ováricos clínicamente significativos en recién nacidas vivas es de 1 de cada 2.500. El tratamiento inicial suele ser expectante y dependiendo del tamaño, dado el elevado riesgo de torsión anexial, se recomienda la intervención en los mayores de 4 ó 5 cm.

**Material y métodos.** Presentamos la intervención laparoscópica de 2 casos, siendo el 1° una lactante de 2 meses que en el momento de la intervención presentaba el anejo izquierdo de 6 x 4 cm, torsionado, infartado y autoamputado con implantación posterior vascularizada en el mesenterio del sigma que fue reseado. El 2° caso era una niña de 39 días prematura con diagnóstico prenatal de quiste de ovario izquierdo de 5,6 x 3 cms que en controles ecográficos posteriores no presentaba involución. Durante la intervención se halla el anejo torsionado sin compromiso vascular, detorsionándolo y realizando la apertura y resección parcial del quiste.

**Resultados.** La evolución posterior de ambos casos es satisfactoria tras 11 y 3 meses de seguimiento respectivamente.

**Conclusiones.** La cirugía ovárica laparoscópica en neonatos puede ser realizada en manos experimentadas sin que ello suponga un aumento en la morbilidad.

*Forma de presentación: Poster.*

**75. Atresia de esófago y duodenal sin fístula traqueoesofágica.** Tirado Pascual M, Primelles Díaz A, Sánchez Díaz F, Argos Rodríguez MD, Pérez Rodríguez J, Galiano Duro E. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** La atresia de esófago se presenta en 1 de cada 4000 recién nacidos vivos y en el 50% se asocia a otras mal-

formaciones que determinan el pronóstico del paciente. Las más frecuentes son las cardiovasculares, seguidas de malformaciones digestivas, esqueléticas y urogenitales. La asociación de atresia de esófago y atresia duodenal es infrecuente (6%).

**Material y métodos.** Presentamos el caso de una paciente mujer diagnosticada en las primeras horas de vida de atresia esofágica (imposibilidad para pasar sonda nasogástrica) y duodenal (gran distensión gástrica) sin fístula traqueoesofágica (ausencia de gas en bolsón esofágico distal). Se intervino en su primer día de vida, realizando duodeno-duodenostomía latero-lateral y gastrostomía.

**Resultados.** Con un mes de vida, se intervino de nuevo para la esófago-esofagostomía término-terminal, requiriendo después una reintervención para el cierre de una fístula traqueoesofágica adquirida. Por último, con 4 meses de vida se realizó funduplicatura y cierre de gastrostomía. Actualmente, se encuentra clínicamente bien, con buena tolerancia y deposiciones normales.

**Conclusiones.** Es importante descartar la existencia de atresia duodenal en un paciente con atresia esofágica ya que, aunque su incidencia no sea muy alta, esta asociación está descrita y un retraso en su diagnóstico afectaría de manera adversa la evolución clínica.

*Forma de presentación: Poster.*

#### 76. Afectación gastrointestinal en la neurofibromatosis tipo I: a propósito de un caso.

Delgado Alvira R, Gonzalez Esgueda A, Calleja Aguayo E, Sainz Samitier A, Ruiz de Temiño Bravo M, Burgos Prades P. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** La afectación visceral en la neurofibromatosis tipo I (NF1) es poco frecuente. En localización gastrointestinal encontramos neurofibromas, leiomiomas y raramente neurofibromas plexiformes u otros tumores. Los neurofibromas gastrointestinales se originan de plexos de Auerbach o de nervios autónomos que acompañan a vasos mesentéricos.

**Material y métodos.** Niña de 9 años, con NFT tipo I y dolor abdominal de 5 días de evolución en fosa iliaca derecha. Exploración física: masa alargada, firme y dolorosa en la zona. ECO: masa tubular fija, hipocóica con discreta vascularización, que parece dependiente de pared intestinal. TC: masa multilobulada de 5,5 x 6 cm con zonas hipodensas y engrosamiento de pared intestinal, compatible con neurofibroma o proceso inflamatorio.

**Resultados.** En la intervención se objetiva tumoración retrocecal que infiltra mesenterio, constituida por formaciones cordonales firmes blanquecinas, informadas como neurofibromas en biopsia peroperatoria. Se realiza exéresis parcial de estos nódulos.

**Conclusiones.** Los neurofibromas intestinales pueden presentarse como ulceración, sangrado, obstrucción intestinal y raramente invaginación, vólvulo y perforación aunque lo más fre-

cuente es que los pequeños neurofibromas mesentéricos sean asintomáticos o se manifiesten como dolor abdominal inespecífico. La incidencia de malignización de los neurofibromas en general, varía del 3.1% al 29%, y son escasos los casos de malignización de neurofibromas mesentéricos. El tratamiento quirúrgico debe restringirse a casos sintomáticos o con aumento del tamaño de la lesión. La biopsia debería realizarse para excluir la malignización y la resección quirúrgica completa sería el tratamiento de elección. En caso de que la masa sea irsecable y benigna, realizaremos seguimiento clínico y radiológico.

*Forma de presentación: Poster.*

#### 77. Utilidad del abordaje laparoscópico en el síndrome de Sandifer. Presentación de tres nuevos casos.

Ruiz Hierro C, Garrido Pérez JI, Lasso Betancor CE, Vargas Cruz V, García Ceballos A, Vázquez Rueda F, Escassi Gil A, Paredes Esteban RM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** Aportar tres casos de síndrome de Sandifer intervenidos en nuestro servicio en los últimos cuatro años. El síndrome de Sandifer es una forma muy infrecuente de enfermedad por reflujo gastroesofágico que consiste en tortícolis espástica y movimientos distónicos del cuello y de las extremidades superiores en presencia o no de hernia de hiato. La fisiopatología es desconocida pero se ha propuesto que es un mecanismo de defensa frente a los episodios de reflujo.

**Material y métodos.** Presentamos tres pacientes varones, con edades comprendidas entre los dos y los cuatro años que debutaron con movimientos paroxísticos del cuello sin pérdida de conciencia, motivo por el cual inicialmente fueron valorados por Neuropediatría. Posteriormente asociaron dolor abdominal, vómitos y anorexia. En todos los casos se realizó pHmetría, endoscopia con toma de biopsia y estudio baritado que confirmaron el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Todos fueron sometidos a funduplicatura de Nissen laparoscópica tras fracaso del tratamiento médico.

**Resultados.** Tras el tratamiento quirúrgico remitieron los síntomas digestivos en las primeras semanas. La clínica neurológica desapareció de forma gradual entre cinco y dieciocho meses después pese a confirmarse la resolución del reflujo gastroesofágico mediante pHmetría y endoscopia.

**Conclusiones.** El síndrome de Sandifer es una forma de enfermedad por reflujo gastroesofágico infrecuente, hay menos de un centenar de casos publicados en la literatura, que suele diagnosticarse de forma tardía por el predominio de la clínica neurológica, esto conlleva una peor respuesta al tratamiento médico. Nuestros pacientes se beneficiaron del tratamiento quirúrgico aunque la remisión de la clínica neurológica no fue inmediata.

*Forma de presentación: Poster.*

