

COMUNICACIONES ORALES I: CIRUGÍA GENERAL:
NEONATOLOGÍA

- **Bell vs Gordon ¿Cuál es el mejor indicador quirúrgico en las enfermedades intestinales neonatales?** González Esgueda A, Escartín Villacampa R, Delgado Alvira R, Ruiz de Temiño M, Romeo Ulecia M, Elías Pollina J. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Los criterios modificados de Bell para la enterocolitis necrotizante (ENC) identifican la severidad de esta enfermedad combinando datos analíticos, clínicos y radiológicos. Las Enfermedades Intestinales Adquiridas Neonatales (ANID) son cinco entidades (ENC, enteritis viral, intolerancia enteral en pretérminos, alergia a proteínas de leche de vaca, perforación solitaria) que compartirían diferentes estadios de la clasificación de Bell. Esto conlleva la pérdida de especificidad de algunos estadios para la ENC. Gordon propone tener en cuenta estas nuevas enfermedades intestinales para hacer un diagnóstico más preciso y razonar por qué pueden dejar de ser útiles algunos estadios de Bell.

Material y Métodos. Serie de 41 casos de neonatos diagnosticados de ENC. Estos pacientes fueron clasificados de acuerdo a los criterios de Bell.

Resultados. 26 pacientes fueron sometidos a cirugía. La clasificación previa de los pacientes quirúrgicos fue: 18 pacientes pertenecían al estadio IIIb y 8 al IIIa. Teniendo en cuenta las variables analizadas que definen las distintas ANID y los hallazgos intraoperatorios y anatomopatológicos encontrados obtenemos los siguientes Resultados. 6 pacientes son diagnosticados de ENC perforada, estadio IIIb. Un paciente diagnosticado de ENC IIIb presentaba una infección sintomática con cultivo positivo para Rotavirus. 9 son ENC no perforadas (6/IIIb, 3/IIIa). 5 pacientes son diagnosticados de perforación solitaria, estadio IIIb. 5 necrosis completas intestinales (IIIa).

Conclusiones. A pesar de que la ECN es la ANID más prevalente en nuestra UCI consideramos que es necesario contemplar la posibilidad de otras ANID y tras contrastar nuestros resultados con la bibliografía consideramos de gran utilidad los criterios de Gordon para estadios IIIb.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **¿Qué podemos mejorar en el manejo de las atresias intestinales?** Delgado Alvira R, González Esgueda A, Estors Sastre B, Escartín Villacampa R, Ruiz de Temiño Bravo M, Romeo Ulecia M, Elías Pollina J. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Revisar nuestra experiencia en el manejo de atresias-estenosis intestinales (AI).

Material y Métodos. Revisión de pacientes con AI (1995-2011).

Resultados. Se intervinieron 41 AI, el 29,2% presentaron polihidramnios y se diagnosticó prenatalmente 48,7%. Cuatro estaban afectos S.Down (3 con atresia-estenosis duodenal (AD)) y 18 presentaban cardiopatía (12 con AD).

AD en 21: 11 páncreas anular, 4 tipoI y 6 tiposII y III. Se realizaron 19 duodenoduodenostomías, 1 duodenoyeyunostomía y 1 duodenotomía con resección membrana. Tres asociaron malrotación y uno precisó reintervención.

Atresia yeyuno-ileal (AY-I) en 20: 2 tipoI, 4 tipoII, 7 tipoIIIa, 4 tipoIIIb, 3 tipoIV. Se realizaron 15 anastomosis termino-terminales, 1 anastomosis ileo-cólica, 1 ileostomía, 2 yeyunostomías y 1 anastomosis termino-terminal con yeyunostomía. Se encontró 3 bandas onfalomesentéricas y una "closed gastrosquisis" en IIIa. Fueron reintervenidas 9 AY-I: 6 oclusiones intestinales, 1 evisceración y 1 atresia rectal y 1 atresia colo-rectal múltiple inadvertidas.

El tiempo medio con nutrición parenteral fue 29 días (4días a 6meses) y la estancia 37,3 días, con peso medio al alta 3.026gr. Una AD falleció por cardiopatía y de AY-I, 2 precisaron traslado por intestino corto, una gastrostomía y una intervención por bridas.

Conclusiones. El diagnóstico prenatal de AI es complejo, sobre todo en AY-I (diagnostico 35%). Las AD responden mejor al tratamiento quirúrgico y no precisan habitualmente reintervenciones, aunque presentan mayor mortalidad (57% AD padecen cardiopatía). En AY-I son más frecuentes las reintervenciones (45%) por obstrucción, cierre de ostomías y problemas derivados de resecciones extensas. Importante tener presentes las atresias colo-rectales, sobre todo membranosas, que pueden pasar desapercibidas.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Resultados de un protocolo de manejo terapéutico de la gastrosquisis.** Fernández Ibieta M¹, Aranda García MJ¹, Cabrejos Perotti K¹, Reyes Ríos P¹, Martínez Castaño I¹, Sánchez Morote J¹, Sánchez Saucó M², Trujillo Ascanio A¹, Roqués JL¹, Ruiz Jiménez JJ¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. En la gastrosquisis, el parto pretérmino podría evitar el fenómeno de "peel" y favorecer el cierre primario. Presentamos los resultados obtenidos tras la implantación de un protocolo de manejo multidisciplinario de la gastrosquisis en nuestro centro: tras el diagnóstico y seguimiento ecográfico de la malformación se programa la cesárea en la semana 34 de gestación.

Material y Métodos. Estudio prospectivo de todos los casos diagnosticados antenatalmente de gastrosquisis desde julio de 2007 hasta enero de 2012.

Resultados. Se siguieron 9 niños (3 varones). Peso medio: 1927 gramos. La intervención, cierre primario siempre, se realizó en quirófano en las primeras 3 horas de vida. Encontramos 2 casos de "peel" muy leve. El defecto fue pequeño en todos. No hubo malformaciones intestinales asociadas, salvo un caso de estenosis en un asa de delgado. No hubo enfermedad de membrana hialina ni patología atribuible a prematuridad. Duración media de nutrición parenteral: 13,9 días. 4 casos presentaron bacteriemia asociada a cateter central. No hubo infección de herida quirúrgica. Se inició nutrición enteral al 8º día (media 8,4, rango 4-13). Se logró alimentación enteral completa al 15º día (media 15,6, rango 11-22). Estancia media: 31 días (rango 20-56). Mediana de seguimiento: 30 meses. 4 casos presentan pequeña; A debilidad umbilical menor de 0,5.

Conclusiones. En nuestro estudio, el adelantamiento del parto a la semana 34 mediante cesárea electiva, impide el desarrollo de peel, permite la reintroducción de las asas en la cavidad peritoneal, disminuye el tiempo de hipoperistalsis y permite la instauración precoz de la alimentación enteral con menor estancia hospitalaria.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Dieta materna periconcepcional y riesgo de gastrosquisis en la descendencia.** Cánovas Conesa A¹, Sánchez Saucó MF¹, Martínez Aroca M¹, Aranda García MJ², Fernández Ibieta M², Hernández Martínez F³, Delgado Marín JL³, Trujillo Ascanio A², Ruiz Jiménez JP², Ortega García JA¹. ¹Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica; ³Unidad de Medicina Fetal. Grupo de investigación translacional sobre Gastrosquisis. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. El objetivo de este estudio fue estudiar la asociación entre dieta materna y gastrosquisis.

Material y Métodos. Estudio de casos-control. Incluimos los 10 casos incidentes de gastrosquisis en la Región de Murcia de 2007 a 2011 y 34 controles. Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA) periconcepcional realizado 'cara a cara' en el momento del diagnóstico de los casos y durante la semana 20 de embarazo en los controles. CFA de 98 ítems (CFA) previamente validado en una población de características similares. Otros factores considerados: tabaquismo materno, exposición a drogas cannabis/marijuana, edad materna, paterna, índice de masa corporal e ingresos económicos. Estudio descriptivo y regresión logística multivariable.

Resultados. Las madres de niños con gastrosquisis son más jóvenes (20,9; SD 5,3) y su dieta es deficitaria en la mayoría de micronutrientes, con un déficit en el aporte calórico, grasas y proteínas. Odds Ratio (OR) de exposición a ingesta de vegetales, aceite de oliva y ácidos grasos monoinsaturados (AGM) de 0,72 (IC95% 0,53-0,93), 0,64 (IC95% 0,45-1,04) y 0,79 (IC95% 0,65-0,97), respectivamente. El modelo multivariante controlando por los factores confundidores: AGM 0,79 (0,65-0,97) y la edad materna 0,7 (0,5-0,96).

Conclusiones. Una dieta materna rica en ácido oleico y productos vegetales podría prevenir el riesgo vascular-isquemia de las arterias onfalomesentéricas disminuyendo el riesgo de gastrosquisis.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Ventajas de analgesia epidural en cirugía mayor neonatal.** Gómez-Chacón J, Encarnación J, Mangas L, Couselo M, Domech AB, Gutiérrez C, García Sala C. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. Describir y evaluar las ventajas de la anestesia epidural en cirugía mayor neonatal.

Material y Métodos. Estudio casos-controles emparejados 2:1 de pacientes sometidos a cirugía mayor neonatal (CMN) y que recibieron anestesia epidural (AE) intra y postoperatoria. El criterio de emparejamiento fue edad (\pm 1 semana), peso (\pm 250 g) y patología basal. Se consideró variable principal de estudio el tiempo hasta la extubación postoperatoria. Tiempo de tránsito intestinal, complicaciones y tipo de analgesia postoperatoria se consideraron variables secundarias. El análisis estadístico se realizó mediante Prueba-X², U Mann-Whitney y Odds-Ratio. Se administró anestesia epidural (AE) intra y postoperatoria por vía caudal con levobupivacaína 0,25% de forma continua y mediante catéter epidural colocado con apoyo ecográfico.

Resultados. Se incluyeron 11 casos de AE en CMN (2 atresias esofágicas, 2 hernias diafragmáticas, 1 enterocolitis necrotizante, 3 atresias intestinales, 2 atresias anorrectales y 1 extrofia vesical) y 22 controles emparejados. Observamos diferencias estadísticamente significativas en tiempo de extubación (OR 0,06 IC 95% 0,009-0,35; X² p<0,001) y del tiempo de tránsito intestinal (U Mann Whitney p<0,001). Dos casos precisaron rescate analgésico con opioides a pesar del tratamiento epidural. Tres de los pacientes sin AE no precisaron opioides postoperatorios y otros tres desarrollaron síndrome de abstinencia a opioides. No se observaron complicaciones derivadas de la técnica epidural.

Conclusiones. La AE intra y postoperatoria ayuda a mejorar el manejo postquirúrgico en neonatos. Dados nuestros resultados y la escasa bibliografía publicada al respecto, creemos que son necesarios estudios más amplios que verifiquen nuestros hallazgos.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Resultados de la derivación yeyunal como única medida en la enterocolitis necrotizante (ECN) extensa.** Domínguez Amillo E, Ramírez Piqueras M, Barrena Delfa S, López Fernández S, Chocarro Amatriain G, Tovar Larrucea JA. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La ECN extensa con afectación yeyunal es una enfermedad grave con una alta mortalidad. La decisión sobre si reseccionar los segmentos afectados o realizar una yeyunostomía sin resección es compleja. Este estudio compara ambos procedimientos.

Material y métodos. Durante los últimos 5 años se intervinieron 68 pacientes con ECN. Cuatro con afectación panintestinal fallecieron. En 46 la afectación fue ileocólica, con una mortalidad del 17%. Los otros 18, con afectación yeyunal, que constituyen el material de este estudio se dividieron en función del tratamiento quirúrgico: yeyunostomía con o sin resección.

Resultados. Se realizó resección de los segmentos afectados en 6 y una yeyunostomía sin resección en 12. En el primer grupo fallecieron 4 (67%), y en el segundo 6 (50%) (p>0,05). El porcentaje de reintervenciones fue del 58% en el primer grupo (1,4/paciente) y del 50% en el segundo (1,3/paciente). De entre los supervivientes 1 y 2

pacientes respectivamente se encuentran en situación de intestino corto. Dos del segundo grupo (33%) presentaron estenosis a la hora de restablecer la continuidad intestinal.

Conclusiones. La mortalidad y la necesidad de reintervención fueron similares en ambos grupos. Aunque limitado por el escaso número de pacientes, comprobamos que la yeyunostomía sin resección no aumenta la mortalidad ni empeora el pronóstico, comparada con la resección inicial del segmento afecto.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Infección de herida quirúrgica en neonatos: análisis de factores de riesgo.** Rojo Díez R, Fanjul Gómez M, García-Casillas Sánchez MA, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo AR, Zornoza Moreno M, Simal Badiola I, Cañizo López A, Peláez Mata D, Molina Hernando E, Angulo Madero JM, Romero Ruiz RM, Rivas Vila S, Parente Hernández A, De Tomás y Palacios E, Cerdá Berrocal JA. *Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La infección de herida quirúrgica en neonatos tiene una elevada incidencia y morbilidad asociada prolongando la estancia hospitalaria y empeorando el pronóstico. Nuestro objetivo es analizar los factores de riesgo relacionados con la aparición de infección de herida quirúrgica para identificar pacientes susceptibles y los factores modificables sobre los que actuar

Material y Métodos. Se recogen 90 intervenciones quirúrgicas realizadas en recién nacidos desde octubre 2010 a enero 2012. Se realiza un estudio de casos y controles, comparando los pacientes que desarrollaron infección de herida quirúrgica en el postoperatorio con los pacientes que no. Se analizan datos sobre factores de riesgo pre, intra y postquirúrgicos descritos a priori como posible causa de infección de herida quirúrgica.

Resultados. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la infección de herida quirúrgica en cirugías contaminadas, reintervenciones, estancia hospitalaria prequirúrgica mayor de 8 días y cierre de la herida con material reabsorbible.

Por otra parte encontramos una mayor tendencia a la infección en pacientes portadores de acceso venoso central, pretérminos, dependientes de ventilación mecánica y tras una infección previa con cultivo positivo.

No hallamos relación entre la infección de herida y el tiempo quirúrgico, sangrado durante la cirugía y antiséptico utilizado.

Conclusiones. Los pacientes reintervenidos, en los que se realiza cirugía contaminada y con una estancia hospitalaria prequirúrgica mayor de 8 días son pacientes de algo riesgo para desarrollar infección de herida quirúrgica y requieren especial cuidado y antibioterapia más agresiva

Recomendamos el uso de material irreabsorbible, evitando cuerpos extraños, en estos pacientes.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Etiología de la gastrosquisis: una malformación con perspectiva de género.** Sánchez-Sauco MF¹, Cánovas Conesa A¹, Martínez Aroca M¹, Aranda García MJ², Fernández Ibieta M², Delgado Marín JL³, Trujillo Ascanio A², Hernández Martínez F³, Ruiz Jiménez, JI², Ortega-García JA¹. ¹Unidad de Salud

Medioambiental Pediátrica; ²Servicio de Cirugía Pediátrica; ³Unidad de Medicina Fetal. Grupo de investigación transaccional sobre Gastrosquisis (GITG). Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. La gastrosquisis es más frecuente en los recién nacidos de mujeres jóvenes o adolescentes embarazadas. Se ha especulado con la exposición temprana a drogas y otros químicos en el embarazo como posibles agentes implicados en la hipótesis vasculo-oclusiva de su etiopatogenia. El stress es un factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular en adultos, sin embargo, son pocos los trabajos que analizan los factores psicosociales de los padres y madres embarazadas cuasi-adolescentes de niñas con gastrosquisis. Objetivo: analizar los factores de riesgo de la gastrosquisis, prestando especial atención a los factores psicosociales periconcepcionales.

Material y Métodos. Estudio de caso-control. 10 casos incidentes de gastrosquisis en la Región de Murcia de 2007 a 2011. Cuestionario 'hoja verde' para la detección de riesgos ambientales, cara a cara en el momento del diagnóstico. 34 Controles concurrentes, captados en la semana 20 de embarazo y/o puerperio inmediato.

Resultados. Las madres de niños con gastrosquisis son más jóvenes, viven con mayor situación de estrés (separación traumática, pareja en cárcel, malos tratos y/o diagnóstico de crisis de ansiedad), fuman más tabaco y están más expuestas a drogas ilegales que los controles. En el modelo de regresión logística multivariable destaca el estrés emocional periconcepcional (OR:42; IC95% 4,4-397,0).

Conclusiones. El estrés de la mujer adolescente podría inducir un vasoespasmo o alteración vascular onfalomesentérica. Controlar las situaciones de stress y desequilibrios psico-sociales en el embarazo adolescente podría contribuir a la prevención de la gastrosquisis.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Diagnóstico prenatal de onfalocele y gastrosquisis: correlación de los hallazgos ecográficos con el pronóstico y supervivencia.** Granero Cendón R, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor CE, Gómez Beltrán ÓD, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Correlacionar los resultados de la ecografía prenatal en fetos diagnosticados de onfalocele y gastrosquisis con el pronóstico y la supervivencia.

Material y Métodos. Realizamos un estudio observacional descriptivo en el que comparamos los hallazgos obtenidos en la ecografía prenatal de fetos diagnosticados de onfalocele y gastrosquisis (tipo y tamaño del defecto, órganos herniados fuera de la cavidad abdominal) con la supervivencia y evolución de los recién nacidos afectados (cierre del defecto, días).

Resultados. En el período estudiado se diagnosticaron prenatalmente 7 gastrosquisis y 14 onfalocelos. La edad media materna al diagnóstico fue 26 años para la gastrosquisis y 35 para el onfalocele.

El 28% de los fetos con onfalocele presentaban cromosomopatías. Ambos grupos tenían resultados similares en cuanto a la edad gestacional, cesárea o Apgar al nacimiento.

En el 90% de los casos existió adecuada correspondencia entre el diagnóstico prenatal (tamaño del defecto, órganos herniados) y los hallazgos durante la cirugía.

En el 20% de los onfaloceles se identificó prenatalmente un defecto mayor de 7 cm, así mismo, en el 30% de los casos de gastrosquisis se evidenció herniación de hígado. Ambos grupos de relacionaron con más tiempo de nutrición parenteral y ventilación mecánica, así como mayor dificultad para cierre primario del defecto.

Conclusiones. La ecografía prenatal es un método adecuado para estimar el tamaño del defecto y los órganos herniados en malformaciones de pared abdominal.

Basándonos en nuestra serie, el diagnóstico ecográfico de gastrosquisis con hígado herniado y onfalocelo con defecto de más de 7 cm son factores de riesgo que condicionan peor evolución

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Enterocolitis necrotizante en recién nacidos menores de 1.500 gramos en un centro de tercer nivel.** Ruiz Hierro C¹, Vargas Cruz V¹, Guzmán Cabañas J², Lasso Betancor CE¹, Gómez Beltrán Ó¹, Paredes Esteban, RM¹. ¹Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica; ²Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Sección Neonatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. La enterocolitis necrotizante (ECN) es una de las principales causas de morbilidad y la principal causa de cirugía abdominal urgente en el periodo neonatal. En los recién nacidos menores de 1.500 gramos (RN < 1.500 g) se estima una frecuencia del 10-12% con un rango muy variable (2-22%). La etiopatogenia de la ECN es multifactorial, siendo uno de los principales la prematuridad y el bajo peso al nacimiento.

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de los casos de ECN diagnosticados en la Unidad de Neonatología de nuestro centro durante los años 2003-2010 y comparación de los datos recogidos con la "Base de datos de recién nacidos menores de 1.500 gramos. SEN1500" de la Sociedad Española de Neonatología. Se analizan los factores de riesgo implicados, con especial atención en la nutrición enteral y el manejo médico-quirúrgico.

Resultados. Durante el periodo 2003-2010, hemos tenido un total de 538 RN < 1.500 g en nuestro centro y 38 casos de ECN, lo que corresponde a una mediana de 7.0. En SEN1500, la mediana es de 7,5 en el mismo período, con un Rango Intercuartílico (RIC) de 1,3-11,4. El porcentaje de casos quirúrgicos en nuestro centro es de 57,9%, y el de SEN1500 48,7%, con un RIC de 0,7-77,95.

Conclusiones. Debido a que el número de partos pretérmino es mayor cada año y la supervivencia de estos recién nacidos de bajo peso también, la población de pacientes en riesgo de enterocolitis continúa en aumento, por lo que es importante realizar un manejo adecuado de esta patología y disminuir su morbilidad.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

COMUNICACIONES ORALES II: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO

- **Acumulación de neonatos con malformación anorrectal en 2011. ¿Sólo azar?** Amat S, Moreno C, Moreno C, Núñez R, Blesa E, Cavaco R, Enríquez E, Torres A. Hospital Universitario Materno Infantil. SES. UEX. Badajoz. Grupo investigación Pediatría PAIDOS (CTS019).

Objetivos. Durante 2011 hemos diagnosticado a 9 pacientes con malformaciones anorrectales (MAR). Esto supone 18 casos/10.000 RN vivos, frente a la incidencia estimada de 2 casos/10.000 RN vivos. Esta acumulación de MAR puede no ser debida al azar, por lo que hemos decidido su investigación.

Material y Métodos. Incluimos en el estudio a todos los pacientes con MAR nacidos en el 2011. En todos ellos analizamos: su área geográfica, edad y estado de salud de los padres, gestación, exposición a teratógenos (especialmente, ingesta de lorazepam), sexo, edad gestacional, peso al nacimiento, exploración de abdomen y periné, defectos congénitos asociados, estudios por imagen realizados, tratamiento y situación actual.

Resultados. Todos los pacientes proceden de nuestra provincia, y la edad materna es menor de 20 años en 2, o mayor de 30 en 7; predominio de hombres (8/1); formas bajas en 4 de los 9 pacientes. El 100% de los RN presentan algún tipo de malformación asociada, en genitales, en sistema urinario o costovertebral. La valoración clínica y el estudio por imagen proporcionaron el diagnóstico correcto en todos los casos. Destaca la ausencia de dificultades en el tratamiento quirúrgico y la evolución clínica satisfactoria en todos los niños.

Conclusiones. A la acumulación de casos con MAR, se suman el predominio en hombres así como la alta incidencia de malformaciones asociadas y de defectos altos. No hemos encontrado una explicación epidemiológica a esta concentración de pacientes con MAR. Esto nos obliga a continuar con nuestra área investigación por si detecta alguna causa, de momento no conocida.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Manejo de las lesiones rectales en Pediatría. ¿Cuándo es necesaria la colostomía?** Palazón Bellver P, Amado V, Juliá Masip V, Saura García L, Tarrado Castellarnau X, Ribó Cruz JM. Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Objetivos. En Pediatría, la perforación rectal es infrecuente, y su manejo ha sido clásicamente la derivación fecal. Actualmente, si las condiciones son favorables, se tiende a realizar una reconstrucción primaria de la lesión. Presentamos nuestra casuística y experiencia en esta patología.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes con trauma rectal en nuestro centro entre 2006-2011. Excluimos las lesiones sin perforación.

Resultados. Obtuvimos 7 pacientes. Clasificamos las lesiones en 2 tipos: iatrogénicas (todas con malformaciones asociadas) y accidentales. (Tabla I)

Realizamos TAC abdominal en todas las lesiones traumáticas; rectosigmoidoscopia, ecografía y Rx fueron otras de las pruebas realizadas. Como complicaciones, encontramos una estenosis rectal, una oclusión intestinal y un absceso perianal. La evolución de todos los pacientes fue larga, precisando diferentes curas y cuidados, pero el resultado ha sido, en todos ellos, satisfactorio.

Conclusiones. El cierre primario sin colostomía puede ser un procedimiento seguro como primera opción en pacientes bien seleccionados: estables, sin contaminación ni lesiones graves asociadas. Es importante individualizar cada caso para minimizar la morbilidad y alcanzar una continencia plena.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

TABLA I. Resultados.

Paciente	Sexo	Tipo lesión	Mecanismo	Lesiones asociadas	Tiempo evolución	¿Colostomía?	¿Continencia?
1.26 sg	M	Perforación	Fetoscopio	VUP	> 6 h	Sí	Sí
2.1 d	M	Perforación	Termómetro	MAR sin fístula	>6 h	Sí	Sí
3.8 a	M	Perforación	Cistoscopio	Rotura uretra	>6 h	Sí	Sí
4.7 a	F	Empalamiento	Caída sobre tubería	Desgarro glúteo y esfínter	<6 h	No	Sí
5.13 a	M	Perforación	Introducción anal palo	No	>6 h	Sí	Sí
6.10 a	M	Empalamiento	Accidente	No	>6 h	Sí +drenaje	Sí
7.12 a	M	Empalamiento	caída sobre valla	No	>6 h	Sí	Sí

- **Complicaciones derivadas de la colostomía en las malformaciones anorrectales.** Morante R, García A, Cano I, Fuentes S, Moreno C, Portela E, Benavent MI, Gómez A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. La colostomía en las malformaciones anorrectales no es únicamente una vía de descompresión para aliviar la obstrucción intestinal, sino que forma parte del tratamiento global de estos pacientes, teniendo como objetivos evitar la contaminación urinaria, diagnosticar el tipo de malformación, facilitar la reconstrucción definitiva y protegerla durante la cicatrización. Desde el año 2005 en nuestro Centro se realiza la colostomía recomendada por el Dr. Peña. El objetivo de este trabajo es revisar las complicaciones más frecuentes en las colostomías de estos pacientes y ver si la modificación de la técnica repercute en las mismas.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de las colostomías realizadas en pacientes con malformaciones anorrectales en el período 2000-2011, incluyendo también las derivadas de otros Centros.

Resultados. Hemos incluido colostomías realizadas en 50 pacientes, 24 de ellas según técnica de Peña y 26 en otras localizaciones y mediante técnicas variadas, la más frecuente en cañón de escopeta.

Se han identificado un total de 23 complicaciones: 6 entre las colostomías tipo Peña (2 estenosis y 4 dehiscencias de la piel) y las 17 restantes entre las colostomías no tipo Peña (6 prolapsos, 4 estenosis y 1 dehiscencia, además de 6 casos en los que el tipo de colostomía comprometía la cirugía reconstructiva)

Conclusiones. La colostomía en las malformaciones anorrectales es un procedimiento con alta tasa de complicaciones ampliamente documentadas que precisan especial atención y cuidado ya que afectan a la calidad de vida del paciente durante un período largo de su vida e incluso pueden comprometer la reconstrucción definitiva de la malformación.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Triada de Currarino: sus diferentes formas de presentación.** Calleja Aguayo E¹, Estors Sastre B¹, Bragagnini Rodríguez P¹, Fustero de Miguel D², González Martínez-Pardo N¹, Elías Pollina J¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Neurocirugía. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Presentar nuestra experiencia de casos diagnosticados de Síndrome de Currarino y sus diferentes formas de presentación.

Material y Métodos. Caso 1: neonata con diagnóstico prenatal por RM de mielomeningocele confirmado al nacimiento como

lipomielomeningocele asociado a atresia ano-rectal alta con vascularización anómala de colon, agenesia parcial sacra y riñón en herradura. Caso 2: varón de 14 meses con clínica de estreñimiento y diagnóstico de estenosis anal, lipomeningocele presacro más teratoma y agenesia parcial sacra. Caso 3: varón de 8 meses con clínica de meningitis de repetición y diagnosticado de estenosis anal, meningocele anterior con fístula rectal, agenesia parcial sacra e hipospadias.

Resultados. En el caso 1 tras un descenso abdomino-perineal fallido por vascularización anómala de colon es portadora actual de cecostomía y con 3 años tiene un buen control urinario y de la deambulación. El caso 2 con dos años evoluciona favorablemente tras extirpación del teratoma y meningocele más dilatación anal. El caso 3 precisó una colostomía tras extirpación del meningocele con fístula rectal por fístula recto-cutánea en el postoperatorio inmediato y derivación ventriculoperitoneal por hidrocefalia postmeningitis.

Conclusiones. Según la bibliografía, la forma de presentación puede ser muy variada siendo lo más frecuente el estreñimiento. La presentación más compleja y con alto índice de mortalidad (56%) es la meningitis de repetición debido a fístulas recto-meníngeas. La malformación ano-rectal más frecuente es la estenosis anal y las malformaciones más complejas tienen un alto índice de incontinencia. Es un síndrome que precisa de manejo y seguimiento multidisciplinar.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Programa de tratamiento médico de la incontinencia fecal del Cincinnati Children's Hospital adaptado a nuestro medio. Diferencias y primeros resultados.** Ruiz Pruneda R¹, Sánchez Morote JM², Tirado Pascual M³, Trujillo Ascanio A², Hernández Bermejo JP¹, Roques Serradilla JL². ¹Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena). ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). ³Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga).

Objetivos. El manejo de los pacientes con incontinencia fecal de cualquier causa no está protocolizado en la mayoría de los casos y suelen ser vistos por diferentes especialistas con diferentes resultados y difícil seguimiento. El Colorectal Center de Cincinnati realiza un protocolo desde hace más de dos décadas con excelentes resultados pero su adaptación en nuestro medio es difícil por diferencias en varios niveles. El objetivo es mostrar la adaptación de dicho protocolo en 3 pacientes, mostrando las indicaciones, el manejo en nuestro medio, los resultados, así como las dificultades encontradas.

Material y Métodos. Se realiza el programa de tratamiento médico de la incontinencia fecal con ingreso hospitalario en 3 pacientes.

Uno de 9 años con estreñimiento crónico y encopresis de difícil manejo, en una niña de 3 años con estreñimiento crónico y otra niña de 11 años intervenida al año de vida por MAR tipo fistula perineal que era incontinente desde el postoperatorio inmediato.

Resultados. El programa ha sido efectivo a los 7 días en todos los casos. Los resultados a largo plazo son esperanzadores.

Conclusiones. El programa de manejo intestinal es útil en casos complicados que no responden al manejo habitual y tiene buenos resultados a corto plazo. Su evolución está por determinar y depende fundamentalmente de la adhesión familiar, pero nos sirve de punto de partida antes de decidir terapias más agresivas.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Características genéticas, poblacionales y fenotípicas de pacientes con enfermedad de Hirschsprung.** Ruiz Aja E¹, Vega Hernández L², Martínez Ezquerro N³, De Diego García E⁴, Pérez Marrodan A⁵, López Álvarez-Buhilla P¹. ¹Servicio Cirugía Pediátrica, ²Unidad de Investigación, ³Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya. ⁴Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro (La Rioja).

Objetivos. La enfermedad de Hirschsprung (HSCR) está causada por la ausencia de células ganglionares en el intestino debido a defectos en la migración de las células del sistema nervioso entérico durante el desarrollo. La incidencia es de uno en cada 5000 nacimientos, más frecuente en hombres. Hay dos fenotipos según la longitud del segmento aganglionar: corto (S-HSCR, 80% de los enfermos) y largo (L-HSCR, el 20%). Se han detectado variaciones en la secuencia codificante del proto-oncogén RET en enfermos con HCSR, lo que sugiere predisposición genética a padecer la enfermedad. Nuestro objetivo es encontrar y analizar polimorfismos (SNPs) asociados a la enfermedad así como su distribución poblacional (sexo y tipo de segmento).

Material y Métodos. Se analizaron los exones 10-16 y el promotor del gen RET en enfermos con HSCR esporádico y un grupo de individuos sanos mediante PCR y secuenciación directa. Para saber si algunos SNPs descritos como asociados a HSCR, lo están también en nuestra población de estudio, se genotiparon mediante sondas Taqman.

Resultados. La enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres. El genotipado de RET indica que los alelos A y G del promotor (c.-200A>G y c.-196C>A) y G del exón 13 (c.2307T>G) están asociados a la población enferma. Los datos apuntan a que no existe relación entre el fenotipo de la enfermedad y la distribución de los polimorfismos analizados.

Conclusiones. La presencia de ciertos polimorfismos en la secuencia de RET indica predisposición genética (combinada con otros factores genéticos o ambientales) a padecer la enfermedad.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Descenso del colon derecho en la enfermedad de Hirschsprung (EdH). Resultados a largo plazo.** Ramírez Piqueras M, Hernández MS, Domínguez Amillo E, Ortiz R, Barrena Delfa S, Murcia Zorita J, Lassaletta Carbayo L, Martínez Martínez L, Tovar Larrucea JA. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La afectación cólica extensa en la EdH es infrecuente, por lo que el descenso del colon derecho es una solución quirúrgica excepcional. La pérdida de parte de la capacidad absorbente del colon puede ocasionar problemas de continencia y de volumen de heces. Nuestro objetivo es analizar las características de la enfermedad y los resultados a largo plazo en estos niños.

Material y Métodos. Revisión de los pacientes tratados de este modo entre 1991-2011. En todos los casos éste se realizó según la maniobra de Deloyer, girando 180° el colon ascendente para lograr su descenso. La continencia se valoró mediante cuestionario según la escala de Holschneider modificada.

Resultados. 20 de los 154 pacientes con EdH (14 V/6 M) fueron así tratados. La edad mediana a la intervención fue de 12 (4-30) meses. Quince (75%) requirieron estoma antes del descenso (3 en ángulo esplénico, 8 en ángulo hepático y 4 ileostomías). El segmento cólico afectado fue el colon izquierdo en 15, izquierdo y transversal en 1 y parte del derecho en otro; en los 3 restantes la técnica se usó debido a la distribución vascular durante un redescenso.

Tras un seguimiento mediano de 11,5 (1-14) años se pudo valorar la continencia en 14/20 (3 no respondieron y 3 son menores de 3 años). Cinco tuvieron continencia normal, 7 buena y 2 regular (frecuencia aumentada, heces líquidas y manchado).

Conclusiones. El descenso del colon derecho raramente es necesario. En estos casos los resultados de la continencia son aceptables a largo plazo.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **¿Es útil el biofeedback anorrectal mediante manometría en el tratamiento de la encopresis secundaria y el estreñimiento crónico?** Enríquez Zarabozo EM, Amat Valero S, Núñez Núñez R, Vargas Muñoz I, Cavaco Fernandes R, Ayuso Velasco R, Blesa Sánchez E. Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. Grupo de Investigación en Pediatría PAIDOS (CTS 019). SES. UEX. Badajoz.

Objetivos. Continúa sin estar claro qué parámetros manométricos son indicativos del Biofeedback (BFB) en pacientes con estreñimiento crónico y encopresis, y si sus resultados se mantienen a largo plazo. Se presenta nuestra experiencia y se intenta dar respuesta a estos interrogantes.

Material y Métodos. Se realiza anomanometría a 194 pacientes con estreñimiento crónico y/o encopresis. Se valora sexo, edad, tiempo de evolución, presiones en reposo en ampolla rectal, canal anal alto (CAA), canal anal bajo (CAB), reflejo inhibitor del ano (RIA), reflejo de continencia (RC), sensibilidad rectal y maniobra defecatoria (MD). Los pacientes se dividen en grupo A, tratados con BFB (n=113) y grupo B, sin BFB (n=81). En A se estudia número de sesiones, tiempo de reeducación, modificaciones manométricas y evolución.

Resultados. Predominio de hombres. Edad media y tiempo de evolución similares en ambos grupos. Destaca: Presión del CAA 36,38±14,58 mmHg en grupo A y 43,03±15,26 en B (p=0,003), presión en CAB 50,82±19,22 y 58,89±21,43 respectivamente (p=0,007). RIA no proporcional al estímulo en 61,9% del A y 34,6% del B (p<0,001). RC ausente en 67,3 y 51,9% respectivamente. Número sesiones: 4,6±4,7. Tiempo reeducación: 5,99±6,63 meses. El BFB normaliza la sensibilidad rectal y la MD. Fue efectivo en 73,4% de

los pacientes, manteniéndose sus efectos a largo plazo en todos los encuestados del A (n=25) y sólo 20% del B (n=24).

Conclusiones. El BFB es útil en los casos de estreñimiento crónico y encopresis con disminución de sensibilidad rectal, ausencia del RC o MD anormal. Su eficacia se mantiene a largo plazo.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Prolapso anal postoperatorio en pacientes con malformaciones anorrectales: 16 años de experiencia.** Zornoza M, Molina Hernando E, Cerda Berrocal J, Fanjul Gómez M, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo AR, Rojo Diez R, Cañizo López A, García-Casillas Sánchez MA, Peláez Mata D. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. El prolapso anal es una complicación postoperatoria frecuente e infravalorada en las malformaciones anorrectales (MAR). Analizamos las causas de esta complicación y nuestro protocolo quirúrgico en la actualidad.

Material y Métodos. Desde 1995, hemos intervenido 26 pacientes con prolapso anal secundario a corrección quirúrgica de su patología anorrectal. La MAR en las niñas (12) más frecuente fue la cloaca (10), y en los niños (14) la atresia anorrectal con fístula prostática (8).

La clínica fue dolor y sangrado anal, asociado a alteraciones en el control intestinal. El diagnóstico en la mayoría de los pacientes fue en los primeros meses tras la cirugía, durante el periodo de dilataciones anales. La técnica quirúrgica consiste en extirpación del prolapso y nueva anoplastia.

En 18 pacientes (69%) el prolapso se intervino antes del cierre de la colostomía y de forma ambulatoria. En 8 (31%) el prolapso fue intervenido tras el cierre de la colostomía con ingreso hospitalario.

Resultados. No hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato, mejorando la continencia y el aspecto estético. En 4 pacientes el prolapso recidivó, requiriendo nueva corrección quirúrgica.

Conclusiones. El prolapso anal es una complicación menor pero frecuente tras corregir la patología anorrectal.

Pensamos que el tipo de MAR, la calidad de la musculatura perineal y defectos en la técnica quirúrgica son las causas.

En los últimos años hemos ampliado la indicación quirúrgica del prolapso anal (incluyendo pequeños prolapsos unilaterales) si la corrección se realiza antes del cierre de la colostomía, debido a los buenos resultados estéticos y funcionales, con solo cirugía menor ambulatoria.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

COMUNICACIONES ORALES III: CIRUGÍA GENERAL

- **Respuesta hemodinámica y ventilatoria en laparoscopia neonatal.** Fuentes Carretero S, Cano Novillo I, López Díaz M, Morante Valverde R, García Vázquez A, Portela Casarold E, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentar los cambios hemodinámicos y gasométricos de un grupo de neonatos y lactantes pequeños sometidos a cirugía laparoscópica

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de selección aleatoria de casos intervenidos de piloromiotomía laparoscópica. Se han recogido datos demográficos, de la intervención, parámetros hemodinámicos y ventilatorios y evolución posterior. Se ha realizado análisis estadístico de correlación entre los datos obtenidos.

Resultados. Hemos seleccionado de manera aleatoria un total de 55 pacientes con edades comprendidas entre los 13 y los 107 días y pesos entre 2.140 y 5.550 gramos. Los parámetros hemodinámicos iniciales, tensión arterial y frecuencia cardiaca varían en relación al peso del paciente y la respuesta durante el neumoperitoneo fue homogénea en todos los casos. La saturación de oxígeno se mantuvo estable en todo momento. En cuanto a la capnografía se evidencia una correlación negativa entre el aumento de la misma y el peso del niño que sólo es significativa estadísticamente al final de la intervención. Todas las gasometrías a las 24 horas de la cirugía fueron normales. En cuanto a las complicaciones hubo 2 infecciones de herida, una miotomía incompleta y una perforación.

Conclusiones. Los neonatos y lactantes pequeños presentan una buena tolerancia a procesos laparoscópicos de corta duración como la piloromiotomía. La mayor absorción de CO₂ identificada mediante el CO₂ espirado en relación al peso del paciente sólo llega a la significación estadística al final de la cirugía sin que ello vaya ligado a una mayor tasa de complicaciones y con normalización analítica en todos los casos a las 24 horas

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Obstrucción intestinal por vólvulos congénitos y adquiridos en la infancia.** González Esgueda A, Calleja Aguayo E, Delgado Alvira R, Escartín Villacampa R, González Martínez Pardo N, Elías Pollina J. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Estudio de la etiología de los casos intervenidos por vólvulo intestinal con o sin isquemia intestinal en nuestro hospital.

Material y Métodos. Análisis retrospectivo de 18 pacientes tratados en nuestro hospital por obstrucción intestinal con sospecha de vólvulo entre 2000-2011.

Resultados. En nuestra serie la mediana que representa el tiempo de evolución hasta el momento de la intervención y la mediana de edad son de 2 días y de 20 días respectivamente. La presentación clínica más frecuente son los vómitos biliosos con dolor abdominal. 13 pacientes presentaban obstrucción intestinal por vólvulo asociado a malrotación, 5 con isquemia intestinal y 8 sin afectación vascular. 3 pacientes presentaban hernia interna por defecto de mesenterio y vólvulo intestinal. 1 paciente presentaba vólvulo intestinal más síndrome adherencial tras apendicectomía y en un caso se encontró un vólvulo más duplicación intestinal. En la mayor parte de los casos se realizó devolvulación, técnica de Ladd y colocolopexia. En los casos de hernia interna se reparó además el mesenterio. Se realizó resección intestinal en seis casos por necrosis isquémica (entre 30 y 200 cm). Tres casos se derivaron a unidad de trasplante intestinal en otro centro. Un caso ha fallecido tras RCP durante una intervención.

Conclusiones. La etiología más frecuente encontrada de vólvulo intestinal en nuestra serie es por malrotación intestinal en el periodo neonatal. Además el procedimiento de Ladd tiene una baja morbilidad en cuanto a complicaciones postoperatorias. En los casos de

obstrucción intestinal sin antecedente quirúrgico previo, debemos plantearnos como causa en el diagnóstico diferencial las hernias transmesentéricas.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Traumatismo intestinal: 10 años de experiencia en un centro de trauma pediátrico.** Bordón E^{1,3}, Urbistondo A^{1,3}, Lain A^{1,3}, Marhuenda C^{1,3}, Cañadas S^{2,3}, Lloret J¹, Martínez-Ibáñez V^{1,3}. ¹Departamento de Cirugía Pediátrica, ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, ³Programa de Trauma Pediátrico. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Las lesiones traumáticas de víscera hueca suponen el 5-10% de los traumatismos abdominales en edad pediátrica. Las pruebas diagnósticas iniciales pueden ser normales retrasando el diagnóstico. Existen signos exploratorios que deben hacer sospechar su existencia.

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de los traumatismos intestinales pediátricos entre 2000 y 2010 en nuestro centro analizando el mecanismo de lesión, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados. Registramos 247 traumatismos abdominales, 17 pacientes con lesión intestinal (7%): 10 niños y 7 niñas. La edad media fue 8,2 años. Las causas más frecuentes, el accidente de tráfico (10) y por manillar de bicicleta (3). El trauma fue cerrado en 15 y abierto en 2. Como signos externos se observaron 6 marcas por cinturón y 3 hematomas de pared. De 13 TC iniciales en sólo 6 se confirmó el diagnóstico. El diagnóstico se estableció más allá de las 12 horas en 6 (35%). La localización fue duodeno (8), intestino delgado (5), intestino grueso (3) y estómago (2). 14 precisaron tratamiento quirúrgico realizándose sutura simple en 12 y resección anastomosis en 2. 3 pacientes se trataron conservadoramente (hematomas duodenales). La estancia hospitalaria fue de 12 días en los quirúrgicos y 8,6 en los conservadores. La evolución intestinal fue favorable en todos los casos.

Conclusiones. Las lesiones intestinales traumáticas plantean un desafío diagnóstico ya que las pruebas radiológicas tienen una sensibilidad inicial limitada. Suelen precisar tratamiento quirúrgico pudiéndose resolver con sutura directa generalmente. El retraso en el diagnóstico no ha afectado el pronóstico en nuestra serie.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Diseño y validación de un programa formativo en cirugía laparoscópica pediátrica y neonatal.** Pérez-Duarte Francisco J¹, Díaz-Güemes Martín-Portugués I¹, Sánchez-Hurtado M¹, Berchi García FJ², Cano Novillo I³, García Vázquez A³, Sánchez-Margallo FM¹. ¹Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón. ²ONG Infancia Sin Fronteras. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Presentamos nuestra experiencia, en la fase de diseño y desarrollo de un programa formativo en cirugía laparoscópica pediátrica y neonatal y su validación subjetiva por parte de los asistentes

Material y Métodos. Los datos presentados en este trabajo han sido extraídos de las cinco ediciones del Curso de Cirugía Laparoscópica Pediátrica y Neonatal desarrolladas en nuestro Centro entre

2007 y 2011, a los que han asistido 54 cirujanos. El modelo formativo, de 21 horas de duración, comienza con el conocimiento de aspectos generales de la ergonomía y del instrumental, tras lo cual los alumnos adquieren destrezas básicas mediante la práctica en simulador físico. Durante el segundo y tercer día de las actividades se acometen diversas técnicas en modelo animal (Colecistectomía, Gastrotomía, Píloromiotomía, Esplenectomía, Funduplicatura de Nissen, Nefrectomía y Cirugía Neonatal en Conejo), siempre asistidos por profesorado experto. Al término de las actividades se ha entregado a los asistentes un cuestionario, en el que se evalúan diversos aspectos didácticos y organizativos del programa formativo

Resultados. Hemos obtenido una valoración muy positiva en los diferentes temas y técnicas del programa (? 9 puntos sobre 10). El 78,5% de los asistentes estuvo de acuerdo con la duración del curso, mientras que un 21,5% consideró que debería ser de mayor duración, estando el 100% de acuerdo con el reparto teoría-práctica. El 79,1% se vio capacitado para realizar en pacientes las técnicas desarrolladas

Conclusiones. El modelo formativo presentado ha demostrado poseer una muy alta valoración, aumentando la confianza de los asistentes para realizar las técnicas planteadas en la práctica clínica

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Miotomía de Heller laparoscópica: resultados en niños.** Lamas-Pinheiro R, Alvarenga A, Trindade E, Amil-Dias J, Campos, M, Estevão-Costa, J. Hospital São João. Porto, Portugal.

Objetivos. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar los resultados a corto y medio plazo de la miotomía de Heller laparoscópica.

Material y Métodos. Fueron incluidos niños sometidos a cirugía desde 2002 hasta 2010. La cirugía fue propuesta tras el fracaso de las dilataciones endoscópicas. Todos los pacientes fueron sometidos a esofagocardiomiectomía (Heller) con funduplicatura anterior (Dor) por laparoscopia. Demografía, síntomas de presentación y detalles perioperatorios fueron analizados. Los resultados fueron evaluados por los registros médicos y la aplicación de un cuestionario de auto-evaluación (GIQLI modificado – cubriendo síntomas gastrointestinales superiores) con 14 preguntas (0 peor - 4 mejor) y puntuación total de 0 a 56.

Resultados. Seis pacientes (5 varones 83,3%) con una edad media de 12,2 años (rango 0,8-14,2) fueron sometidos a cirugía. Los síntomas de presentación fueron: disfagia (83,3%), pérdida de peso (50%), vómitos (33,3%), tos (33,3%) y dolor torácico (16,7%). Todos los pacientes fueron operados por laparoscopia sin conversiones y no hubo complicaciones intra ni postoperatorias. Con una mediana de seguimiento de 5 años (rango, 1,5-9,8) ninguno de los pacientes fue re-operado. Cinco pacientes tienen hábitos alimenticios normales a pesar de episodios discretos de disfagia, el caso restante presentó episodios recurrentes de disfagia requiriendo dilataciones endoscópicas periódicas (cada 6 meses). La puntuación total media fue de 49,3/56 (88,1%) (rango, 45-52); para episodios de disfagia fue baja (1,6±1,4 rango 0-3), pero para el grado de disfagia fue consistentemente alta (todos 3).

Conclusiones. Miotomía de Heller laparoscópica es efectiva en niños y ofrece una buena y duradera calidad de la vida.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Utilización del tubo de Kehr en anastomosis intestinales complejas.** Moratalla Jareño T, Gutiérrez San Román C, Domènech Tárrega AB, Bordallo Vázquez MF, Mangas Álvarez L, Gómez-Chacón Villalba J, García Sala C. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Objetivos. Presentar una nueva técnica utilizando el tubo de Kehr (TK) en las anastomosis intestinales complejas.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de 8 pacientes, intervenidos desde 2007 hasta 2011, con anastomosis intestinal tutorizadas por un TK. En 7 pacientes por atresia intestinal (5 yeyunales, 1 ileal y 1 duodenal) y en 1 por estenosis yeyunal asociada a gastrosquisis. 4 casos (50%) fueron reintervenciones por complicación tras la primera cirugía.

Técnica quirúrgica: se introduce el TK por el asa dilatada. Un extremo de la "T" se deja ligado proximal a la sutura y el otro distal a la misma, como tutor transanastomótico. El cabo restante es abocado a la piel y utilizado para alimentación enteral precoz.

Las variables estudiadas fueron: inicio de alimentación enteral, tiempo de alimentación a través del TK, de recuperación del tránsito intestinal, tiempo hasta alimentación oral completa y complicaciones.

Resultados. La alimentación se inició a través del TK entre 2º-20º día (mediana: 3.5), con una duración de 3-33 días (mediana: 7). Iniciaron tránsito intestinal con deposiciones entre el 2º-7º día (mediana: 3.5). Los pacientes que fueron reintervenciones presentaban signos de colestasis y sepsis que se solucionaron tras la cirugía. El TK se mantuvo entre 11-51 días (mediana: 22), retirándose sin incidencias.

Conclusiones. Este estudio preliminar permite sugerir que el uso de TK en anastomosis complejas presenta ventajas, como la alimentación enteral precoz y tutorización de la sutura previniendo su acodamiento. No se presentan complicaciones derivadas de la técnica. Este procedimiento no ha sido reportado en la literatura consultada.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Portoenterostomía de Kasai laparoscópica. ¿Es la mejor opción?** Villalón Ferrero F, Ramos García JL, Villanueva Mateo A, Eizaguirre Sexmilo I. *Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.*

Objetivos. La portoenterostomía de Kasai es la intervención de elección para la atresia de vías biliares. Aunque hoy en día es posible realizarla mediante laparoscopia, algunos autores han encontrado peores resultados. Nuestro objetivo presentar el abordaje combinado que últimamente empleamos (laparoscópico y abierto).

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de las portoenterostomías realizadas en nuestro Servicio desde 1977. Se han utilizado dos abordajes, abierto y combinado. Este último se inicia mediante laparoscopia para explorar hígado, vías biliares y realizar la colangiografía. Se disecciona la vía biliar extrahepática hasta seccionar la placa biliar y a continuación se realizan la portoenterostomía y la Y de Roux mediante un abordaje abierto.

Resultados. Se han realizado 15 portoenterostomías, 12 abiertas y 3 con abordaje combinado. De los 12 pacientes intervenidos

mediante vía abierta, 6 han tenido una evolución favorable, aunque 3 de ellos han precisado trasplante hepático. Los otros 6 han fallecido debido a insuficiencia hepática (uno de ellos con trasplante).

De los 3 pacientes intervenidos mediante abordaje combinado, uno ha tenido una evolución favorable tras la portoenterostomía 3 años tras la intervención, otro precisó trasplante hepático 17 meses tras el Kasai y el tercero ha sido operado recientemente, aunque se ha constatado paso biliar de inmediato.

Conclusiones. La laparoscopia facilita la disección de las vías biliares y la transección de la placa biliar. Sin embargo pensamos que la portoenterostomía es preferible realizarla de manera abierta puesto que es una técnica compleja para una enfermedad de escasa incidencia

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Pronóstico de 136 pacientes con atresia de vías biliares (AVB) tratados durante 25 años.** Delgado Duatis G, Bueno J, Broto J, Martínez-Ibáñez V. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Describir los resultados a largo plazo de los pacientes con AVB tratados en nuestro centro en el periodo 1985-2010.

Material y Métodos. 136 pacientes con AVB que se dividieron en grupo I (n=69) con Kasai realizado en nuestro centro y grupo II (n=67) derivados para trasplante.

Resultados. Con un seguimiento medio de 12.5 años (rango 3m-24años), en el grupo I, 30/69 (43%) pacientes conservan su hígado nativo, 36 requirieron trasplante y 3 fallecieron (2 en lista de trasplante y 1 por sepsis). La probabilidad de conservar el hígado nativo a 1, 5, 10 y 20 años fue del 98%, 85%, 85% y 80% respectivamente si restablecían completamente el flujo biliar; del 50%, 25%, 25% y 25% si flujo parcial y del 5% a un año si no lo restablecían. Los pacientes operados de Kasai antes de los 75 días presentan una tendencia mayor de supervivencia que los posteriores a la fecha. En el grupo II, la supervivencia postrasplante fue del 80%; siendo del 98% en los pacientes de nuestro centro trasplantados desde el año 1997 (p=0.005). La supervivencia global a largo plazo de la enfermedad, requieran o no trasplante, es del 80%.

Conclusiones. La mitad de los niños con AVB intervenidos en nuestro centro conservan su hígado nativo a largo plazo. El pronóstico en los pacientes que precisan trasplante mejora en el grupo donde el Kasai se realizó en nuestro centro, probablemente debido a las peores condiciones del paciente que se traslada para realizarse el trasplante.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Resultados a medio-largo plazo del bypass esplenoportal en pacientes con cavernomatosis portal.** Bordallo Vázquez MF, Fonseca Martín R, Couselo Jerez M, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitario la Fe. Valencia.*

Objetivos. Valorar los resultados a medio-largo plazo de una modificación técnica del shunt de Rex con anastomosis esplenoportal en niños diagnosticados de obstrucción portal extrahepática.

Material y Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes afectos de cavernomatosis portal intervenidos entre 1995 y 2011, realizando esplenectomía, disección de la vena esplénica y anastomosis a la porta izquierda. En dos niños mayores (10 y 13 años) utilizamos prótesis de politetrafluoroetileno expandido por longitud insuficiente de la esplénica. El seguimiento incluyó ecodoppler seriados, analíticas y endoscopias de

Resultados. Se trataron 7 pacientes con mediana de edad de 7,3 años (3,1-13) por sangrados digestivos recurrentes, y esplenomegalia (media 14,4 cm) con hiperesplenismo en todos los casos.

La permeabilidad del shunt tras una mediana de seguimiento de 3 años (1,2-6,5) fue del 100%. Hubo resangrado en 3 pacientes, dos de ellos sin clínica desde hace 3 y 5 años. En endoscopias de control dos pacientes presentaron varices grado III-IV que se ligaron.

Conclusiones. Con una permeabilidad del 100% en nuestra muestra, el bypass esplenoportal ofrece como principales ventajas técnicas la posibilidad de realizar la derivación sin necesidad de abordar la región cervical para la obtención de injerto yugular, así como la realización de una única anastomosis si la longitud de la vena esplénica es adecuada. En algunos casos parece que a pesar de la permeabilidad, el shunt es insuficiente para descomprimir el territorio portal. La mayor longitud del bypass o su menor calibre respecto a la yugular o prótesis pueden ser el origen de los casos con resangrado en nuestra muestra.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Tratamiento del quiste hidatídico según su localización.** González Piñera J, Fernández Córdoba MS, Hernández Anselmi E, Marijuán Sahuquillo V, Calatayud Pérez V, Campos García J, Martínez Serrano M, Juliá Molla E, Lillo Lillo M. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. La equinocosis humana es causada por el metacisto *Equinococcus granulosus* y se manifiesta desde infecciones asintomáticas a cuadros graves e incluso letales. Presentamos nuestra experiencia en quistes hidatídicos de diversa localización.

Material y Métodos. En los últimos 5 años hemos tratado en nuestro centro 4 niños con quistes hidatídicos: Hepáticos (2 pacientes), hígado y pulmón –enfermedad hepatopulmonar– (1 paciente) y cerebral (1 paciente).

Resultados. En los niños con quistes hepáticos (7 y 8 años de edad) el tratamiento empleado fue PAIR (Punción, Aspiración, Inyección, Reaspiración) con suero salino hipertónico al 20% como escolida y resultado satisfactorio a largo plazo.

En el paciente de 14 años con un gran quiste hidatídico –8 cm de diámetro– en segmento VI pulmonar derecho y otro de 6 cm en lóbulo izquierdo hepático, realizamos PAIR en ambos quistes, a pesar de que el grupo de trabajo en equinocosis de la Organización Mundial de la Salud (WHO-IWGE) aconseja tratamiento quirúrgico en los pulmonares. Tras el procedimiento apareció vómita, neumociste, derrame pleural, paquipleuritis y atelectasia pulmonar. Tras tratamiento con toracocentesis su evolución fue favorable.

El niño de 8 años con quiste cerebral frontoparietal izquierdo –10 cm– se trató neuroquirúrgicamente, sufriendo una ruptura durante las maniobras de extracción que no produjo complicaciones a cor-

to ni largo plazo. Todos los pacientes recibieron tratamiento con albendazol y praziquantel pre y postoperatoriamente.

Conclusiones. El tratamiento del quiste hidatídico es quirúrgico, percutáneo, médico o expectante. El cirujano deberá elegir el más adecuado según su experiencia clínica, estadio de la enfermedad, localización y características del quiste.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Problemas actuales en la formación en cirugía mínimamente invasiva: visión de los residentes de Cirugía Pediátrica.** Corona C¹, Cano P², Peláez D¹, Fuentes S², Tardáguila AR¹. ¹*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón.* ²*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. La Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI) ocupa una parcela cada vez mayor de nuestra especialidad. Sin embargo, la formación de los residentes en CMI es, en muchos casos, irregular. El propósito de este estudio es evaluar el estado de la formación en CMI entre los residentes de Cirugía Pediátrica y sus posibles deficiencias.

Material y Métodos. Se distribuyó una encuesta electrónica entre 71 residentes de Cirugía Pediátrica de 17 hospitales nacionales.

Resultados. La tasa de respuesta fue 70,2%. El 100% de los residentes está interesado en que se potencien actividades formativas en CMI. Las áreas de mayor interés son digestivo (92%) y torácica (47%). Sólo un 57% tiene acceso a medios de entrenamiento. Menos de la mitad acuden a cursos y congresos. Un 80% cree que no se les presta adecuada atención desde las asociaciones especializadas. Un 52% cree se deberían realizar rotaciones en centros de referencia, un 86% que se deberían potenciar cursos y seminarios, y un 44% que se debería aumentar la responsabilidad del residente en quirófano. Los principales defectos que encuentran en su formación son el volumen escaso de pacientes, la falta de ayudas económicas y la superación de la curva de aprendizaje por los adjuntos de su servicio.

Conclusiones. A pesar del avance de la CMI, la formación de los residentes en esta disciplina tiene todavía deficiencias, tal como expresan sus opiniones. El conocimiento del estado actual de la formación debería ser el punto de partida para diseñar una estrategia docente que asegure una formación adecuada.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Estado nutricional a largo plazo de los pacientes con trasplante de intestino (TI).** Andrés Moreno AM¹, Hernández Oliveros F¹, Encinas J¹, Amesty V¹, López S¹, Ortiz R¹, Ramos E², Molina M² Sarriá J², Martínez Ojinaga E², Prieto G², López Santamaría M¹, Tovar JA¹. ¹*Cirugía Pediátrica.* ²*Gastroenterología Pediátrica. Hospital La Paz. Madrid.*

Objetivos. Estudiar el estado nutricional a largo plazo de los niños con TI.

Material y Métodos. Realizamos 67 TI en 54 niños: 29 V/25 M; edad mediana 37 m (7 m-19 a); entre 1999-2012: 34% intestinal aislado, 30% hepatointestinales, 36% multiviscerales. Medimos peso y talla de los supervivientes trimensualmente, calculando el índice Z para su edad e IMC. Mediante un modelo mixto de medidas repetidas (SAS), analizamos la velocidad de crecimiento, así como la

influencia en ésta de la edad, enfermedad basal, tipo de TI, retrasplante y nefropatía.

Resultados. Tras un seguimiento de 55±34 meses, 32 pacientes viven (60%): 8 se excluyeron por seguimiento <6m (n=4) o por rechazo del injerto o linfoma (n=4). Los 24 restantes, realizan una vida y dieta normal (alergias alimentarias en 46%) con 1-2 deposiciones/día. El índice Z pre-trasplante, a los 6m, al año, a los 2a y al final del seguimiento fue de -2,12±1,56, -1,75±1,04, -1,53±0,87, -1,37±0,81, -1,27±0,92 para el peso (0<0,05 a partir de los dos años del trasplante) y -2,41±1,82, -2,59±1,53, -2,19±1,5, -2,00±1,52 y -1,92±1,56 para la talla (p>0,05) respectivamente. El IMC mejoró desde 15,05±2,95 pre-trasplante hasta 17,25±2,70 al final del estudio. Los restantes parámetros (edad, patología...) no influyeron en el crecimiento (p>0,05).

Conclusiones. Los niños que superan el TI pueden esperar una calidad de vida buena desde el punto de vista nutricional. El *catch-up* en el peso es significativo a partir de los 2 años, mientras que el de la talla tarda más, probablemente debido a otros factores, como la inmunosupresión con corticoides.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Valor de la citrulina sérica como marcador de la masa enterocitaria y su relación con la tolerancia digestiva en niños con fracaso intestinal.** Andrés Moreno AM¹, Vecino R², Prieto G², Hernández F¹, López S¹, Ortiz R¹, Ramos E², Martínez Ojina E², Sarria J², Molina M², López SantaMaría M¹, Tovar JA¹. ¹Cirugía Pediátrica, ²Gastroenterología Pediátrica. Hospital La Paz. Madrid.

Objetivos. La citrulina es un aminoácido producido exclusivamente por los enterocitos. Estudiamos el valor de ésta como marcador de la masa enterocitaria en pacientes con fracaso intestinal (FI) por Síndrome de Intestino Corto (SIC) y su relación con la tolerancia digestiva.

Material y Métodos. Se determinó la concentración sérica de citrulina por cromatografía (valor normal >15 µmol/L) en 58 pacientes (34V/24M; rango de edad de 0,5-19a) con FI en distintas situaciones evolutivas. Aquellos deshidratados, con insuficiencia renal u otras situaciones que pudieran alterar los resultados fueron excluidos. Se clasificaron en grupos: I: pacientes con SIC extremo en situación de dependencia absoluta de NP; II: pacientes con SIC en alimentación mixta enteral-parenteral; III: pacientes con antecedente de FI por SIC adaptados y autónomos sin NP; IV: Pacientes trasplantados y autónomos sin NP.

Resultados. El valor medio de citrulina en plasma para cada grupo fueron: Grupo I (n=13): 5,6 ±1,3; Grupo II (n= 10): 11,4±3,8; Grupo III (n=11): 22,6±7,7; Grupo IV (n=24): 31,3±8,4. Los valores resultaron inferiores en el Grupo I comparados con los Grupos II-III-IV (p<0,001) y en el Grupo II comparados con los Grupos III-IV (p<0,001) Un único paciente del grupo II presentó cifras normales. La citrulina disminuyó >50% coincidiendo con rechazo en 3 del grupo IV.

Conclusiones. 1) La citrulina sérica es un marcador sensible y específico de la masa enterocitaria residual. 2) Se relaciona con la tolerancia a la alimentación por vía digestiva. 3) Debe confirmarse su valor pronóstico en el proceso de adaptación intestinal y como marcador de rechazo en pacientes trasplantados.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Hiperparatiroidismo neonatal severo. Un reto quirúrgico para un caso único en cirugía pediátrica.** Requena Díaz M¹, Cabello Laureano R¹, Fernández Pineda I¹, Aspiazú Salinas D¹, García García EJ², De Agustín Asensio JC¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Presentación de caso clínico

Material y Métodos. El Hiperparatiroidismo neonatal severo (HPTNNS) es infrecuente. Su origen, una mutación homocigota del gen regulador receptor sensor del calcio (SRCa). Se manifiesta por hipotonía, hipercalcemia severa y aumento de paratohormona (PTH).

Presentamos un recién nacido (RN) que presentaba fallo de medro e hipotonía progresiva.

Resultados. Analíticamente, Calcio Total 23,2 mg/dl, Calcio iónico 3,69 mos/l y PTH 518 pgr/ml. Antecedentes: padres consanguíneos y tres primos fallecidos de RN. Ecografía de cuello normal. Estudio genético: mutación homocigota del RSCa en el RN y heterocigota en sus padres.

Se administró cinacalcet pudiéndose aumentar los aportes de calcio oral. Se decide realizar paratiroidectomía total. Para la localización de las paratiroides (PT) realizamos ecografía y gammagrafía con Tc99-MIBI, sin detectarse PT. En la cirugía se inyectó azul de metileno para localizar las glándulas, sin obtener tinción.

Extirpación de las glándulas derechas con confirmación histológica y determinación de PTH, disminuyendo los valores más del 50%. Extirpación de las izquierdas conservándose una para autotrasplante. Se realizó determinación de PTH obteniéndose valores mínimos. Se implantó la glándula. El postoperatorio cursó sin incidencias y la histología mostró hiperplasia de las PT.

El paciente está hipoparatiroideo, en tratamiento con Calcitriol. El implante no ha progresado.

Conclusiones. 1) Queremos destacar la dificultad para localizar las glándulas PT. 2) La determinación de los niveles intraoperatorios de PTH es el método de elección para evaluar la existencia de tejido paratiroideo anómalo tras la paratiroidectomía total. 3) La utilización de calciomiméticos permiten controlar la hipercalcemia hasta el momento de la cirugía.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **El cirujano pediátrico en el tratamiento del paciente politraumatizado. Experiencia en nuestro centro.** Rodríguez de Alarcón García J, Espinoza Vega ML, Souto Romero H, Luis Huerfías AL, Cortés Gómez MJ, Espinosa Góngora MR, Riñón Pastor CC, Morató Robert P, Álvarez Bernaldo de Quirós M, Ollero Caprani JM. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos. La atención al trauma pediátrico implica con frecuencia una valoración y seguimiento por parte del cirujano pediátrico. Sin embargo, son escasas las publicaciones de series amplias que analicen este grupo de pacientes en referencia a su manejo quirúrgico.

Nos proponemos el estudio del perfil del paciente politraumatizado en nuestro centro insistiendo en los resultados del manejo quirúrgico.

Material y Métodos. Revisamos retrospectivamente los pacientes politraumatizados ingresados en nuestro centro entre 2005 y 2011. Registramos datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y resultados del manejo quirúrgico.

Resultados. En el período de estudio, fueron atendidos en nuestro centro 62 pacientes politraumatizados (34 varones y 28 mujeres) con una media de edad de 8,48 años (Rango: 1-18). El 64% de los casos se produjeron por accidente de tráfico, el 20% traumatismos directos por caída y el 13% por precipitación. En un 76% hubo afectación abdominal y en un 46% torácica, la mayoría (86%) contusiones pulmonares. El órgano abdominal más afectado fue el hígado (18/47), seguido del bazo (13/47) y 3 pacientes presentaron perforación de víscera hueca sin herida penetrante. Fallecieron 5/62 pacientes, 2/5 por desgarro masivo de v.cava inferior y 3/5 en el contexto de TCE grave, asociado en 2 casos a hemoperitoneo masivo.

El 24% de los pacientes requirieron intervención quirúrgica por parte de nuestro servicio,

Conclusiones. En nuestra experiencia la mortalidad en el tratamiento del paciente politraumatizado es baja, salvo en casos de lesiones de grandes vasos o TCE grave asociado a otras lesiones viscerales severas en los que la mortalidad operatoria es del 100%.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Quiste de conducto tirogloso: ¿Problema solucionado?** Aspiazu Salinas DA, Delgado Cotán L, Requena Díaz M, Vivas Colmenares G, Fernández Pineda I, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Analizar el quiste de conducto tirogloso (QCT) en relación a la clínica, métodos diagnósticos y tratamiento.

Evaluar las pruebas diagnosticas empleadas en esta patología.

Analizar las complicaciones y su relación con la clínica y el tratamiento.

Material y Métodos. Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo analítico, evaluando los pacientes diagnosticados y tratados de QCT en los últimos 8 años, analizando variables demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y complicaciones. El análisis estadístico se realizó con SPSS 15.0.

Resultados. Se revisaron 136 historias clínicas en pacientes diagnosticados de QCT. La edad de presentación media fue de 4,3 (rango) años. Se evidenció secreción al momento del diagnóstico en 44 pacientes, presentándose infección en un 41,18% de estos. En el 86,76% se realizó una ecografía mostrando 86% de sensibilidad, 12% de especificidad, VPP 95% y VPN 31%. El porcentaje de recidivas fue del 7% (n=10). En un 7% de los intervenidos mediante la técnica de Sistrunk el diagnóstico histopatológico no fue QCT. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre infección prequirúrgica, número de infecciones previas al tratamiento, técnica quirúrgica empleada y recidiva ($p<0,05$).

Conclusiones. La complicación más frecuente del QCT es la recidiva, la cual persiste alta a pesar del tratamiento protocolizado.

La infección previa y el número de episodios inflamatorios previos tienen influencia significativa en las recidivas.

La ecografía es útil pero no categórica en el diagnóstico de la tumoración cervical anterior.

El correcto diagnóstico para evitar una técnica quirúrgica inadecuada y la prevención de la infección son esenciales para disminuir la tasa de recidivas.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **¿Cuándo derivar un paciente al Cirujano Pediátrico?** Aspiazu Salinas DA, Soares Medina A, Roldán Pérez S, Cabello Laureano R, Gracia Velilla A, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Evaluar las derivaciones de pacientes nuevos a consulta de cirugía pediátrica desde atención primaria, considerando indicación médica y calendario quirúrgico e identificar los fallos más comunes.

Analizar los inconvenientes de una derivación incorrecta tanto para el paciente como para el personal sanitario.

Proponer medidas para disminuir los pacientes incorrectamente derivados.

Material y Métodos. Realizamos un estudio observacional retrospectivo de cohortes revisando historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en consulta de cirugía pediátrica desde Septiembre de 2010 a Enero de 2012. Se recogieron variables de edad, domicilio, diagnóstico, indicación médica y centro de derivación.

Resultados. Se revisaron 2430 historias clínicas de pacientes nuevos, encontrándose una derivación incorrecta en un 44,28% (2,37 niños/día). De estos pacientes, 18,59% de los errores se relacionaban con el calendario quirúrgico y 81,41% con indicación médica.

Los errores más comunes relacionados con la indicación médica fueron: Fimosis (91,45% n=113) y Criptorquidia (85,29% n=122); en relación al calendario quirúrgico fueron: Hernia umbilical (88,46% n=21), Hipospadias (72,22% n=31) e Hidrocele (70,83% n=12).

La media de kilómetros recorridos por los pacientes incorrectamente derivados fuera del área metropolitana fue de 35.92 km/trayecto (Rango: 7,1-129).

Conclusiones. Hemos detectado errores en la derivación de pacientes desde la atención primaria. El conocimiento del calendario quirúrgico y una indicación médica correcta evitarían tales situaciones. Estos errores conllevan a una disminución de la calidad en la atención, incomodidad del usuario y saturación en las consultas externas. Es necesario tomar medidas para mejorar el conocimiento del calendario quirúrgico y la indicación de cirugía en atención primaria.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Cuando una peritonitis no parece una peritonitis.** Mangas Álvarez L, Bordallo Vázquez M, Fonseca Martín R, Couselo Jerez M, García Sala Viguer C. *Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.*

Objetivos. Descripción de la pancreatitis como etiología de abdomen agudo en pacientes con sospecha diagnóstica de apendicitis complicada.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de casos remitidos a cirugía pediátrica de nuestro hospital desde el año 2010

por sospecha de apendicitis complicada cuyo diagnóstico fue pancreatitis. Se revisaron datos clínicos, analíticos, radiología y proceso diagnóstico.

Resultados. Presentamos 5 casos (mediana edad 5 años). Síntomas: Dolor abdominal (100% pacientes); vómitos (80%); leucocitosis (80%), mediana del recuento leucocitario 16500; neutrofilia (100%); mediana de PCR: 11 mg/L; amilasa sérica elevada (80%), mediana 878,5 U/L; ecografía abdominal con incremento del líquido libre (100%).

En 1 caso se realizó apendicectomía abierta, macroscópicamente normal. Requirió 3 intervenciones posteriores por sospecha de fascitis necrotizante, evisceración y hernia incisional. Finalmente se realizó una derivación cistoentérica a los 9 meses del primer episodio por pancreatitis de repetición.

En 4 casos se diagnosticaron pancreatitis agudas con amilasa sérica dos veces el límite alto de la normalidad (mediana 878,5 U/L; rango 284-1443 U/L). El tratamiento conservador fue satisfactorio.

Actualmente todos están asintomáticos. La mediana de seguimiento es de 10 meses.

Conclusiones. La pancreatitis aguda debe plantearse como diagnóstico diferencial en niños cuya exploración física no sea concluyente de peritonitis apendicular.

Una amilasa dos veces superior al límite normal sugiere pancreatitis aguda. Ante una ecografía no concluyente se debe realizar TC con contraste intravenoso.

El abordaje laparoscópico puede disminuir complicaciones locales de la cirugía abierta asociadas con alteraciones de cicatrización propias de peritonitis pancreáticas.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Formas de presentación complicadas del divertículo de Meckel. Revisión de nuestra serie.** Palazón Bellver P, Krauel Giménez-Salinas L, Suero Toledano P, Martín Solé O, Manzanares Quintela A, Ribó Cruz JM. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivos. La mayoría de divertículos de Meckel (DM) son asintomáticos. La clínica es muy variable en los casos sintomáticos y su diagnóstico difícil. El retraso en el diagnóstico conlleva una alta morbilidad. El objetivo de este trabajo es revisar las distintas formas de presentación complicadas.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo, 2000-2010, de los casos de DM complicados. Se consideraron "casos complicados" aquellos que se presentaron como hemorragia digestiva baja con inestabilidad hemodinámica, perforación, oclusión intestinal o diverticulitis y que precisaron de cirugía urgente.

Resultados. Registamos 58 pacientes con DM. 31 casos fueron complicados, con predominio en varones (77,4%). La mediana de edad fue de 7,4 años (rango entre 8 días y 15,6 años). La oclusión intestinal fue la forma más frecuente de complicación con 17 pacientes (54,8%). En éstos, una brida oclusiva se dio en 8 casos, una invaginación intestinal en 6, y un vólvulo en 3. La hemorragia digestiva con inestabilidad hemodinámica fue la segunda forma de presentación en 6 casos (19,4%) seguida de la perforación intestinal en 4 (12,9%) y de la diverticulitis aguda en otros 4 pacientes (12,9%).

Conclusiones. A pesar de que el DM es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado, su diagnóstico es difícil, dado

que no existen hallazgos clínico-radiológicos específicos. Aunque la mayoría de los pacientes permanezcan sin ninguna clínica, las formas sintomáticas pueden dar lugar a complicaciones graves, por lo que es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial del paciente con abdomen agudo o de la hemorragia digestiva.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Apendicectomía videoasistida transumbilical por puerto único. Que hemos ganado y que hemos perdido después de 780 casos.** Ayuso González L, Pisón Chacón J, Pérez Martínez A, González Temprano N, Molina Caballero AY, Goñi Orayen C. *Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

Objetivos. La técnica de elección en apendicectomía en nuestro Servicio es la videoasistida transumbilical por puerto único (AVT). Inicialmente reservada para casos no complicados y paulatinamente en todos. Hemos adquirido gran experiencia y ha llegado el momento de compartirla, evaluar los resultados y plantearnos otras posibilidades.

Material y Métodos. Trabajo retrospectivo y descriptivo en el que se valora mediante análisis estadístico los cambios sufridos a lo largo de los años de AVT en aspectos como mejoras técnicas, indicaciones, complicaciones, estancias y reingresos.

Resultados. Desde septiembre de 2003 hemos realizado 1029 apendicectomías, (61% varones). En 780 casos realizamos AVT y en 76 casos se convirtió. En 179 pacientes el cirujano optó por una laparotomía directa por apendicitis complicada, obesidad o preferencia personal (43 en el primer año y solo 3 en 2011). 97 enfermos tuvieron complicaciones de cualquier gravedad (17 en el primer año y 20 en 2011) y de ellos 15 reingresaron para tratamiento médico y 1 fue reintervenido por una oclusión por bridas. El ahorro frente a la laparoscopia se estima en 750.000 €.

Conclusiones. La AVT es una técnica sencilla, fácil de aprender, sin complicaciones añadidas, barata y beneficiosa para los pacientes. Sin embargo al limitarnos a ella hemos perdido oportunidades y habilidades laparoscópicas y el ahorro de costes no ha repercutido en el servicio.

La AVT sigue siendo nuestra preferencia en la apendicectomía, pero cada vez más, pacientes seleccionados serán sometidos a laparoscopia convencional.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Pancreatitis aguda en la infancia.** Gómez Beltrán Ó, Garrido Pérez JI, Granero Cendón R, Roldán L, Castillo Fernández L, Murcia Pascual J, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Revisar la casuística de los niños con pancreatitis aguda en nuestro hospital.

Material y Métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis entre los años 1998-2010.

Resultados. Se presentaron 24 casos de pancreatitis aguda. La edad media fue 8,75 años (rango 2-5 años) El 29,2% de los pacientes eran niñas y el 70,8% niños. El síntoma principal fue dolor abdo-

minal (83,3%), seguido de vómito (12,5%) y distensión abdominal (4,2%) El valor medio de amilasa fue de 1.565 UI/L (rango 11-3498) Una paciente presentó pancreatitis aguda con normoamilasemia (4,2%) Se realizó determinación de lipasa en dos pacientes (239 UI/L y 5.980 UI/L) 79,2% de los casos (19 pacientes) tuvieron hallazgos ecográficos compatibles con pancreatitis aguda 4,2% de los pacientes debutaron con pancreatitis aguda severa. 6 casos (25,9%) requirieron intervención quirúrgica (3 colecistectomías, 1 exéresis de quiste de colédoco, 1 drenaje percutáneo de pseudoquiste y 1 necrosectomía pancreática) El porcentaje de complicaciones pancreáticas fue del 22,7% (4 pseudoquistes y 1 necrosis pancreática) La distribución etiológica fue múltiple, siendo la idiopática la más común (25%), seguida de postCPRE (20,8%), anatómica (12,5%), medicamentosa (12,5%), infecciosa (8,3%), litiasica (8,3%) y traumática (4,2%) En 4 pacientes se encontró anomalía estructural causal: quiste de colédoco, páncreas divisum, conducto biliopancreático común y estenosis biliar.

Conclusiones. La pancreatitis aguda en la infancia presenta una etiología variada. Debe tenerse presente que algunos casos pueden debutar con normoamilasemia, situaciones en las que la determinación de la lipasa sérica es importante.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Aplicación de un modelo terapéutico “Fast-track” en la apendicitis aguda complicada del paciente pediátrico.** Lasso Betancor CE¹, Ruiz Hierro C¹, Vargas Cruz V¹, Orti Rodríguez RJ², Vázquez Rueda F¹, Paredes Esteban RM¹. ¹Servicio Cirugía Pediátrica, ²Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. La apendicitis aguda es la patología quirúrgica urgente más frecuente en la infancia y no existe consenso sobre su manejo. El tratamiento Fast-track, basado en optimizar los cuidados peroperatorios, ha permitido disminuir la morbi-mortalidad de patologías quirúrgicas, incluyendo la apendicitis aguda simple. El objetivo de nuestro trabajo es valorar los efectos de un protocolo Fast-track en la apendicitis aguda complicada.

Material y Métodos. Estudio de cohortes ambispectivo. Cohorte no expuesta histórica: niños con apendicitis complicada apendicectomizados en nuestro servicio durante 2008-2009. Cohorte expuesta: niños intervenidos en 2010-2011 que cumplieron el protocolo. La vía terapéutica fue elaborada tras revisión bibliográfica, adecuando los principios del Fast-track a una patología urgente potencialmente grave: movilización precoz, limitación de drenajes-sondas y pautas antibióticas cortas. Tomando como variable resultado la estancia hospitalaria, se calculó un tamaño muestral para $\alpha = 0,05$ y potencia = 90% de 54.

Resultados. Se incluyeron 151 pacientes, cohorte histórica 81 y cohorte actual 70, de la que se excluyeron 31 niños que no cumplieron protocolo por elección del cirujano. Ambas muestras demostraron homogeneidad al no existir diferencias en el sexo, edad, peso, tipo de apendicitis (gangrenosa, perforada, peritonitis generalizada) o vía de abordaje. La estancia media disminuyó 2,71 días ($p < 0,05$) con la aplicación del protocolo, sin aumento de complicaciones (absceso, íleo paralítico, reingreso).

Conclusiones. La apendicitis complicada en Pediatría es frecuente y potencialmente grave, y la optimización de su tratamiento

debe ser un objetivo primordial de nuestra práctica. La aplicación de un protocolo Fast-track puede aportar beneficios clínicos y económicos, aunque para ello es necesario un manejo multidisciplinar adecuado.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Apendicectomía y enfermedad de Crohn.** Castillo Fernández AL, Paredes Esteban RM, Villar Pastor CM, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor C, Vargas Cruz v, Gómez Beltran ÓD, Garrido Pérez JA. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la relación Apendicectomía - E. de Crohn en pacientes diagnosticados en nuestro Hospital, menores de 20 años.

Material y Métodos. Estudiamos de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes menores de 20 años diagnosticados con E. de Crohn y sometidos a apendicectomía, durante un periodo de tiempo de 10 años. Realizamos un protocolo de recogida de datos y reevaluación histológica de dichos apéndices.

Resultados. De 136 pacientes con E. de Crohn, 11 fueron apendicectomizados previamente, por un cuadro clínico compatible con apendicitis aguda, 33,3% varones y 66,6% mujeres. Tres pacientes eran menores de 10 años. El diagnóstico anatomopatológico inicial del apéndice fue: en 6 casos ileitis, 1 caso apendicitis flemosa, 1 caso apéndice normal y en 3 casos compatible con E. Crohn. El tiempo que transcurre desde la apendicectomía hasta el desarrollo de la enfermedad fue de 1 año en un paciente (apendicitis flemosa) y en el resto durante el ingreso postapendicectomía. Fue más agresiva en el primer paciente.

Conclusiones. La mayoría de las apendicectomías realizadas en nuestros pacientes se debieron a un diagnóstico erróneo de apendicitis aguda y la relación entre ambas puede limitarse exclusivamente a que la E. de Crohn no estaba diagnosticada en el momento de la intervención.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

COMUNICACIONES ORALES V: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO

- **Factores de riesgo para el desarrollo de esófago de Barret en niños: estudio caso-control.** Sanchís Blanco G, Couselo Jerez M, Vila Carbó JJ, García-Sala Viguier C. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. Identificar los factores de riesgo que favorecen el desarrollo del Esófago de Barret (EB) en niños.

Material y Métodos. Estudio caso-control retrospectivo del año 2000 a 2010. Los casos presentan EB con histología de metaplasia intestinal. Por cada caso, se seleccionaron 3 o 4 controles, emparejándose por edad o patología asociada (atresia de esófago o síndrome de Down). Se realizó un análisis de regresión logística de las variables recogidas: sexo, síntomas digestivos o respiratorios, tiempo de exposición al reflujo gastroesofágico (RGE) sin tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), hallazgos endoscópicos y presencia de *Helicobacter pylori* (HP).

Resultados. Se recogieron seis pacientes con EB (rango de edad: 8 meses-14 años) y 21 controles. Ambos grupos fueron comparables en edad y sexo. No encontramos diferencias significativas en la clínica, presencia de hernia hiatal o HP. Los datos pH métricos tampoco difirieron entre los grupos (mediana del Índice de Reflujo: casos 12,3% vs controles 8,5%, U test 31,5, $p = 0,21$; mediana del Índice de Boix Ochoa: casos 41,7 vs controles 42,5, U test 37, $p = 0,37$). El único factor de riesgo identificado fue el tiempo de exposición al RGE (mediana de tiempo sin tratamiento con IBPs: casos 43,9 meses vs controles 7,9 meses (U test 28,5, $p < 0,04$)).

Conclusiones. Los resultados sugieren que, con el fin de evitar el desarrollo de esófago de Barrett, el tratamiento con IBP debe iniciarse tan pronto como aparezcan síntomas de RGE.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Impactación esofágica de pilas de botón en la infancia. ¡Cómo evitar la tragedia!** Martínez Criado Y, Aspiazú Salinas D, Millán López A, Matute Cárdenas JA, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. La ingesta de pilas de botón (PB) representa menos del 2% de todos los cuerpos extraños, pero su incidencia está incrementándose. Su impactación esofágica produce daños, que pueden ser devastadores.

Nuestro objetivo es presentar 3 nuevos casos y el protocolo de tratamiento seguido en nuestro centro.

Material y Métodos. Presentamos 3 niñas que acudieron por impactación esofágica de cuerpo extraño, visualizando en la radiografía PB impactada con el “signo de doble halo”, en tercio esofágico superior, medio y bajo en cada caso.

El protocolo seguido incluye: radiografía de cuello, tórax y abdomen; dosis altas de corticosteroides, inhibidores de la bomba de protones y antibióticos; endoscopia y extracción urgentes. Se coloca una sonda nasogástrica en el mismo acto.

Resultados. En las tres pacientes, la PB había estado impactada 10,3 horas (5-14) pero ya tenían importante inflamación y necrosis de la mucosa esofágica.

Se aplicó el protocolo especificado.

A los 8 ± 2 días se inició alimentación oral tras estudio esofagoscópico normal, el cual se repitió al mes descartando estenosis tardía.

Conclusiones. La adherencia a un protocolo diagnóstico y terapéutico evita las complicaciones derivadas de la impactación esofágica de las pilas de botón.

Consideramos la imagen de doble halo patognomónica de las PB.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Dilataciones esofágicas: un tratamiento clásico que sigue siendo actual.** Delgado Alvira R, Bragagnini Rodríguez P, Calleja Aguayo E, González Esgueda A, Estors Sastre B, González Martínez-Pardo N, Elías Pollina J. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Determinar utilidad y eficacia de las dilataciones esofágicas (DE) en estenosis esofágicas (EE) según su etiología

Material y Métodos. Estudio de pacientes sometidos a DE (1991-2011).

Resultados. 272 DE en 45 niños: 10 ingestión causticos (grupo A), 23 atresia esófago (grupo B), 7 acalasia (grupo C) y 5 esofagitis péptica-eosinofílica (grupo D).

Grupo A: edad de causticación 2,6 años y primera DE 23,4 días después. Se practicaron 18,3 DE/paciente (6-58), durante 2,1 años (4 meses-7 años). El tiempo entre DE fue 38,4 días (7 días-15 meses) y el seguimiento tras última 7,6 años. Se realizaron 4 esofagocoloplastias (3 precisaron posteriormente DE). Un paciente sufrió perforación.

Grupo B: primera DE a 25 meses y se realizaron 2,5 DE/paciente (1-9) en 20 meses (10 días-6 años), con 15 meses (7 días-6 años) entre DE y seguimiento desde última 7,8 años.

Grupo C: primera DE a 9,2 años, con 2,2 DE/paciente (1-4) en 6,8 meses (7 días-2 años). Entre dilataciones transcurrieron 5,4 meses (7 días-2 años) y seguimiento desde la última 7,6 años. Tres pacientes fueron operados.

Grupo D: primera DE 7,6 años, realizando una media de DE 2,8/paciente, con 3,1 meses (16 días-8 meses) entre DE, y 9,1 años sin DE. Dos precisaron cirugía antirreflujo.

Se utilizaron dilatadores Celestine en todos y neumática en 14 (6 grupo A, 1 grupo B y 7 grupo C)

Conclusiones. Las DE son tratamiento definitivo de pacientes con EE tras atresia esófago (necesitan pocas DE, en un tiempo limitado) y en menor medida en las causticaciones. Estas últimas requieren inicio precoz y mayor número y frecuencia de DE. Son útiles dilatando EE tras esofagocoloplastia. Acalasia y esofagitis péptica responden parcialmente y 50% precisan cirugía. Conocer el comportamiento de las EE ante las DE permite planificar el tratamiento e informar de resultados esperables.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Estimación del riesgo de reciva tras el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico.** Fonseca Martín R, Bordallo Vázquez MF, Couselo Jerez M, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Objetivos. Evaluación de los resultados de la cirugía antirreflujo y determinar factores de riesgo.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes tratados en nuestro hospital por enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) entre 2006 y 2011. La variable principal fue la recidiva de la clínica de ERGE tras cirugía confirmando su presencia mediante exploraciones complementarias (endoscopia, TIS y/o phmetría). Como variables de control se recogieron edad, sexo, presencia de enfermedad de base y técnica quirúrgica. Se calculó la supervivencia (Kaplan-Meier) para el evento recidiva y se realizó una regresión de Cox para determinar posibles factores de riesgo.

Resultados. Se intervinieron 67 pacientes, media de edad 5,5 años (4 meses-14,6 años). Presentaban las siguientes patologías de base: 34 enfermedad neurológica, 9 atresia esofágica y 24 sin comorbilidad. La técnica quirúrgica fue: 39 Boix-Ochoa, 28 Nissen. El abordaje fue laparoscópico en 54 casos y abierto en 13. En 10 (14,9%) pacientes se produjo recidiva de la sintomatología. La supervivencia para el evento recidiva fue 87% en el primer año, 83% en el segun-

do y 78% en el tercero. En el análisis multivariante no se constató un aumento en el riesgo en función de la enfermedad de base ni de la técnica quirúrgica.

Conclusiones. Según nuestros datos el mayor porcentaje de recidivas se produce durante el primer año. A pesar de que los pacientes con atresia de esófago y enfermedad neurológica presentan un mayor porcentaje de recidivas no hemos conseguido demostrar diferencias estadísticamente significativas respecto a los pacientes sin comorbilidad.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Influencia de las técnicas diagnósticas en el tratamiento quirúrgico precoz del reflujo gastroesofágico en la atresia de esófago.** Granero Cendón R¹, Moya Jiménez MJ², López-Alonso M². ¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Determinar si con la adquisición de nuevas técnicas de valoración de motilidad esofágica hemos variado nuestra actitud terapéutica ante el diagnóstico de RGE en la AE

Material y Métodos. Realizamos un estudio observacional descriptivo en el que comparamos a los pacientes estudiados en nuestra unidad en el período 2005-2011 por sospecha de RGE tras corrección de atresia de esófago dividiéndolos en dos grupos, uno formado por los niños a los que se realizó pHmetría esofágica y el otro, niños en los que el diagnóstico de reflujo se realizó por Impedanciometría y pH (pH-IIM).

Resultados. El primer grupo estaba formado 30 pacientes mientras que en el grupo de pH-IIM había 21 niños. Los dos grupos eran similares en cuanto edad, sexo y tipo de atresia de esófago corregida.

Encontramos resultados patológicos en el 35% de casos del primer grupo y 45% del segundo; desglosando por edades, encontramos que la pH-IIM resultó ser una prueba más eficaz en lactantes.

12 pacientes requirieron corrección quirúrgica del reflujo, todos antes de los 5 años de vida.

Conclusiones. 1) En el 40% de las AE existe reflujo gastroesofágico. 2) La pH-IIM es más útil para el diagnóstico del RGE en lactantes con atresia de esófago corregida. 3) En el resto de grupos de edad, los resultados de la impedanciometría y pHmetría esofágica son similares. 4) Desde la introducción de la IpH-IIM la tendencia que observamos es un aumento en el tratamiento quirúrgico precoz del RGE

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Uso de prótesis autoexpandibles en las estenosis esofágicas.** Martín Cano F, Rodríguez Vargas J, Velasco Sánchez B, Herrera Montes I. *Complejo Hospitalario de Jaén.*

Objetivos. Las estenosis esofágicas de origen péptico o cáustico en niños son causa de múltiples dilataciones, con el riesgo anestésico y de traumatismo esofágico que implican. La colocación de prótesis esofágicas puede suponer un avance en el tratamiento de estos pacientes. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la eficacia de las prótesis autoexpandibles para el tratamiento de estenosis esofágicas en niños.

Material y Métodos. Presentamos 3 casos clínicos de pacientes que han sufrido estenosis esofágicas secundarias a ingesta de cáusticos y a reflujo gastroesofágico en los que se han colocado prótesis esofágicas en un caso metálica recubierta de nitinol y en dos casos de material reabsorbible.

Resultados. A un paciente, con estenosis cáustica, se le colocaron 2 prótesis metálicas consecutivas tras un año de dilataciones. Tras su retirada se han realizado nuevas dilataciones con mayor período asintomático, actualmente mayor de 2 años. En 2 pacientes con estenosis de origen péptico se les colocaron prótesis reabsorbibles tras varios meses de dilataciones, y antes de realizar la cirugía anti-reflujo. Ninguno de ellos ha precisado dilataciones posteriores.

Conclusiones. En los casos de origen péptico, la prótesis esofágica ha resuelto la estenosis sin necesidad de nuevas dilataciones. En el caso de ingesta de cáusticos permitió aumentar significativamente el período entre dilataciones. En nuestra experiencia el uso de prótesis autoexpandibles evita múltiples dilataciones, con las nuevas prótesis degradables, tras unos meses desaparecen por completo, con lo que no hay que retirarla, evitando así otro proceso anestésico.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Análisis comparativo entre las técnicas “Pull” y “Push” en la colocación de gastrostomías percutáneas endoscópicas.** Aspiazú Salinas DA, Gracia Velilla A, Soares Medina A, Martínez Criado Y, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Analizar las técnicas de “Pull” y “Push” en la colocación de Gastrostomías Percutáneas Endoscópicas (PEG). Comparar los resultados obtenidos realizando las diferentes técnicas.

Material y Métodos. Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo analizando los PEG colocados desde el 2002 utilizando las técnicas de “Pull” y “Push”. Se recogieron variables de edad, peso, indicación, evolución clínica, tiempos quirúrgicos y complicaciones. Se realizó el análisis estadístico con SPSS 15.0.

Resultados. Se analizaron 142 PEG colocados, 72 por “Pull” y 70 por “Push”. La edad media de colocación fue de 8,4 años por Pull y de 5,8 años por Push ($p < 0,05$); siendo el peso medio de colocación significativamente menor por Push (12,5 vs 16,3 kg $p < 0,05$).

El tiempo quirúrgico medio fue de 18,3 vs 10,1 minutos siendo significativamente menor en la técnica de “Push” ($p < 0,001$).

El uso de antibióticos intravenosos por infección fue de 13% colocados por Pull y en 6% por Push ($p < 0,05$). No hubo diferencias en cuanto a complicaciones severas. Hubo un fallecido por complicaciones propias del PEG en la serie de Pull. No se evidenciaron diferencias en la estancia hospitalaria, inicio de tolerancia oral ni ganancia de peso.

Conclusiones. Ambas técnicas son seguras y eficientes en el manejo de la desnutrición crónica y los trastornos de deglución. Las gastrostomías por “Push” han permitido un manejo nutricional precoz, siendo técnicamente más rápida.

La tasa de infecciones moderadas/graves ha disminuído utilizando la técnica de Push.

El uso de la nueva técnica ha potenciado la necesidad de la colocación de PEG en nuestro centro.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Esofagitis eosinofílica: una patología emergente. Nuestra experiencia.** Ruiz Catena MJ, Díaz Diñeiro M, Ibáñez Cerrato F, Chamorro Juárez MR, García Soldevila N. *Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. El objetivo de esta revisión es presentar nuestra experiencia en ésta patología emergente y principalmente ayudar a mejorar en su sospecha diagnóstica.

Material y Métodos. Presentamos 4 pacientes con diagnóstico de esofagitis eosinofílica que se han presentado en nuestro centro durante el año 2011 en los que se ha llegado al menos a su sospecha durante su ingreso en urgencias tras una impactación alimentaria. Así mismo realizamos una revisión de la literatura para analizar la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y manejo de dicha entidad.

Resultados. Consideramos necesario conocer y sospechar esta patología ante un paciente con impactaciones alimentarias sin causa orgánica conocida, e historia de intolerancia alimentaria o atopia, para si precisa en caso de desimpactación urgente, o de manera programada, realizar endoscopia con toma de biopsias para así confirmar el diagnóstico anatomopatológico.

Conclusiones. La esofagitis eosinofílica es una enfermedad primaria del esófago de prevalencia creciente. Se define como la presencia de síntomas de disfunción esofágica (principalmente disfagia e impactación alimentaria), asociados a por lo menos una biopsia esofágica con más de 15 eosinófilos por campo de mayor aumento y la exclusión de RGE. El diagnóstico es clínico, endoscópico y anatomopatológico. Se requiere de una endoscopia digestiva alta para evaluar hallazgos característicos y tomar biopsias para el estudio histológico. Los tratamientos actuales incluyen medidas dietéticas basadas en evitar la exposición a ciertos alérgenos alimentarios.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **¿Es fiable el cálculo de la longitud esofágica en relación a la talla? Aplicabilidad universal de las fórmulas pediátricas.** Villar Varela ME, Pérez Martínez A, Goñi Orayen C, Bermejo Fraile B, Molina Caballero AY, Pisón Chacón J. *Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

Objetivos. La phmetría es la prueba de elección en el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La colocación de la sonda es crucial pues cuanto más cerca del esfínter esofágico inferior (EEI) más episodios de reflujo detectará, condicionando la fiabilidad. Aunque la mayor precisión se obtiene con manometría esofágica previa, esta es molesta y requiere colaboración y se tiende a evitar en niños, calculando la distancia mediante fórmulas aritméticas que relacionan la talla con la longitud del esófago.

Material y Métodos. Estudio prospectivo en el que la longitud del esófago de un grupo de pacientes adultos (n=130, con 64% de varones) sometidos consecutivamente en 2010 a manometría esofágica, se ha comparado con la estimada mediante tres fórmulas pediátricas.

Resultados. Las tres fórmulas se correlacionan de igual manera con la longitud del esófago por manometría (correlación de Pearson menor de 0,8), de modo significativo (p<0,001). Con la fórmula obtenida de nuestra serie (longitud esofágica = 0,166*talla +

14,059) la correlación de la longitud esófago calculada/longitud por manometría es 0,551 (p<0,001).

Conclusiones. Existe variabilidad interpersonal entre la talla y la longitud del esófago por lo que la estimación por fórmulas puede conducir a errores. Las fórmulas pediátricas parecen ser precisas en niños por debajo de 2 años de edad (correlaciones superiores a 0,9), perdiendo exactitud conforme aumenta la talla y la edad.

Si precisamos exactitud es necesaria la manometría esofágica. Si esta no es aceptable debemos asumir un margen de error apreciable.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

COMUNICACIONES ORALES VI: CIRUGÍA PLÁSTICA Y MAXILOFACIAL

- **Malformaciones capilares en la región lumbosacra, otro signo clínico de disrafismo espinal oculto.** Martínez Criado Y, Fernández Pineda I, Requena M, Cabello Laureano R, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El hallazgo de malformaciones cutáneas en la región lumbosacra en niños asintomáticos es de gran utilidad para el diagnóstico de disrafismo espinal oculto (DEO).

Material y Métodos. Tres pacientes fueron derivados a la consulta de anomalías vasculares de nuestro hospital por hallazgo de malformaciones vasculares lumbosacras en línea media, sin otra sintomatología asociada.

Resultados. En la exploración, se observó en todos ellos una malformación capilar lumbosacra en línea media asociada a otras anomalías cutáneas (colita e hipertriosis en un neonato, colita y asimetría de glúteos en lactante de 6 meses y sinus dérmico en lactante de 3 meses).

Se solicitó una resonancia magnética nuclear (RMN) donde se evidenció la presencia de disrafismo espinal oculto: mielomeningocele en el neonato, lipoma intraespinal en el lactante de 6 meses y médula anclada en el lactante de 3 meses.

Conclusiones. La combinación de una malformación vascular con otras marcas cutáneas en línea media de región lumbosacra aumenta la probabilidad de DEO asociado.

Un minucioso examen físico es necesario para detectar anomalías cutáneas de línea media sugestivas de disrafia y solicitar una RMN, que es la prueba más sensible para detectar DEO. Su diagnóstico precoz permite disminuir la morbilidad músculoneurovascular asociada al DEO.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Cicatrices queiloideas en pabellón auricular: Un problema no resuelto.** Bejarano Serrano M, García Smith N, Parri Ferrandis F, Martínez-Herrada S, Albert Cazalla A, Manzanares Quintela A. *Hospital Sant Joan de Dèu-Hospital Clinic. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. Llamar la atención sobre el riesgo de cicatrices queiloideas en el pabellón auricular, revisando nuestra experiencia.

El pabellón auricular es una localización de riesgo para la aparición de queloides, al que se añaden dos consecuencias de los cambios sociales recientes: piercing y cirugías plásticas del pabellón auricular.

El queleide en el pabellón auricular puede suponer un proceso devastador para el adolescente preocupado por su imagen.

Descartada la radioterapia, son las infiltraciones con corticoides y la resección quirúrgica con o sin injerto las opciones más utilizadas. La aplicación de silicona resulta bastante inefectiva en una superficie no plana. Con los actuales tratamientos posibles no tenemos seguridad ni de la evolución ni del riesgo de recidiva.

Material y Métodos. Revisión de las heridas auriculares traumáticas, quirúrgicas o por piercing con queleide. Recogemos etiología de la herida, tratamiento propuesto, tiempo de tratamiento y resultados.

Resultados. De entre 500 heridas quirúrgicas o traumáticas en pabellón auricular revisadas en los últimos 10 años, hemos encontrado 10 queloides (2%). El tratamiento ha sido quirúrgico en 7 casos, 4 de ellos con injerto (6 curados, uno precisó reintervención pasados 2 años y otro pendiente de cirugía 4 años después) e infiltraciones con corticoides en 2 (uno curado, el otro mejorado). Un paciente está pendiente de tratamiento quirúrgico.

Conclusiones. El manejo terapéutico de la cicatriz queleidea es complejo y ningún procedimiento se muestra claramente superior a los otros, que suelen ser dolorosos, prolongados y poco satisfactorios.

Debe difundirse el riesgo de esta grave complicación entre la población adolescente.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Fisura labiopalatina, lactancia materna y anquiloglosia.** García Smith N, Bejarano M, Góngora AM, Albert A, Parri FJ, Ruiz L, Palazón P, Martín O, Manzanares A. *Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. La lactancia materna (LM) es superior a la artificial. En pacientes con fisura labiopalatina (FLP) puede ser más difícil de instaurar y mantener, pero posible y deseable. Las dificultades para lactar antes de las correcciones quirúrgicas se atribuyen casi siempre a la malformación. La presencia de frenillo sublingual corto puede ser la causa principal de dificultad en la lactancia materna, también en pacientes fisurados.

Presentamos 2 casos ejemplo de FLP con LM dificultosa y anquiloglosia que resolvieron sus dificultades tras la liberación lingual antes de la cirugía de la fisura.

Material y Métodos. Caso 1: Fisura labial aislada, LM dificultosa, frenillo lingual tipo III. Plastia del frenillo lingual y normalización de la LM. Queiloplastia y LM postqueiloplastia inmediata también satisfactoria.

Caso 2: Fisura labiopalatina unilateral total. LM dificultosa y frenillo lingual tipo IV. Plastia de frenillo y normalización de la LM. Posteriormente Queiloplastia y LM postcirugía satisfactorias. Pendiente aún de uranoestafilorrafia.

Resultados. En ambos casos se normalizó la lactancia materna tras la plastia del frenillo lingual.

Conclusiones. La LM es beneficiosa para todos los niños, también los afectos de FLP, por lo que debe recomendarse siempre.

La LM es posible antes de la cirugía de la fisura. El éxito no es del 100% pero debe ser la primera opción.

El frenillo sublingual corto puede ser causa de dificultad en la LM.

La dificultad o imposibilidad suele atribuirse a la malformación, sin embargo, en los pacientes fisurados con anquiloglosia, la LM mejora –o se hace posible– cuando se da movilidad a la lengua.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Utilidad de la matriz dérmica para el cierre de defectos cutáneos sobre tejido nervioso.** Amesty Morello V, Chocarro Amatriain G, Barrena Delfa S, Sánchez Galán A, Vilanova A, Díaz González M, Ros Mar Z, Carceller F, López Gutiérrez JC. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La cobertura adecuada del sistema nervioso expuesto en la infancia representa un problema terapéutico difícil. El fracaso de ésta conlleva al daño irrecuperable del tejido neural. De entre las opciones terapéuticas disponibles (injerto, colgajo pediculado o libre y matriz dérmica) hemos utilizado la matriz dérmica por su fácil disponibilidad y en base a nuestra experiencia satisfactoria en coberturas vasculares y tendinosas.

Material y Métodos. Presentamos 8 pacientes: 2 aplasias cutis congénitas, 2 mielomeningoceles complicados, 1 osteomielitis de calota craneal y 3 casos de exposición de paquetes vasculo-nerviosos: necrosis cutáneo-musculares por síndrome compartimental (n=2) y brazo catastrófico (n=1), tratados mediante cierre con matriz dérmica, entre los años 2002 y 2011. En los casos de defectos secundarios a necrosis de tejidos se realizó un desbridamiento previo a la colocación de la matriz dérmica sobre el tejido nervioso.

Resultados. En 7 de los 8 casos, se consiguió la cobertura total del defecto sin complicaciones relevantes, secuelas neurológicas ni fístulas de LCR; En 4 casos fue preciso el reinjerto de la matriz dérmica. La función neurológica resultó preservada gracias al tratamiento precoz de la exposición perineural. Una paciente con aplasia cutis falleció por trombosis del seno sagital antes de completar el cierre.

Conclusiones. La matriz dérmica constituye una opción terapéutica satisfactoria en la cobertura del paciente crítico pediátrico con exposición de tejido nervioso minimizando la necesidad y morbilidad adicional de transferencias microquirúrgicas complejas.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Malformación linfática abdominal (MLA). Nuestra experiencia.** López López A, Gómez Farpón A, Vega Mata N, Montalvo Avalos C, Oviedo Gutiérrez M, Granell Suárez C, Álvarez Muñoz V, Álvarez Zapico JA. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Las malformaciones linfáticas son lesiones congénitas que asientan generalmente en cabeza y cuello, siendo la localización abdominal infrecuente. Analizar nuestra experiencia en el manejo de la MLA.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos con MLA desde 1996 a 2011. Análisis descriptivo de características clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados. Se trataron 10 pacientes con MLA (6 niñas: 4 niños), de 4,03 años de edad mediana (3 días-13 años). El abdomen agudo fue el cuadro de presentación más frecuente (40%), seguido de la ausencia de sintomatología (33%). Solamente 1 presentaba malformación linfática a otro nivel. En todos se efectuó ecografía, completándose el estudio con TC (9 casos), RMN (1) o ambas (1). El tratamiento fue quirúrgico, excepto un caso que debutó con sobreinfección de la MLA, administrándose antibióticos con regresión marcada, manteniéndose actualmente una actitud conservadora. El abordaje mediante laparotomía permitió la resección total en todos los casos, asociando en 6 resección intestinal. La masa, de 10,1 cm de tamaño medio, se localizaba a nivel de mesenterio de intestino delgado (6), mesocolon (1), hepático (1), y retroperitoneal (1). El diagnóstico definitivo anatomopatológico demostró un error en el diagnóstico por pruebas de imagen del 60%. El seguimiento medio fue de 18 meses (SD: 12,8), sin encontrar recidivas. Únicamente 1 paciente precisó cirugía por oclusión intestinal por brida.

Conclusiones. Las MLA suelen manifestarse de manera inespecífica, pudiendo permanecer silentes. Los estudios por imágenes orientan el diagnóstico, pero sólo la histología proporciona el definitivo. La resección total es la mejor opción para prevenir complicaciones y minimizar recurrencias.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Generación de sustitutos de mucosa palatina y hueso mediante ingeniería tisular.** Licerias Licerias E¹, García Gómez M¹, Díaz Moreno E¹, Muñoz Miguelsanz MA¹, Ximenez Oliveira AC², España López A³, Martínez Plaza A³, Alaminos Mingorance M², Garzón Bello P, Padilla García MA¹, Matar Sattuf K¹, Fernández Valadés R¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Unidad de Fisurados. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Departamento de Histología. Facultad de Medicina. Granada.

Objetivos. Construir sustitutos de mucosa palatina y hueso de espesor completo utilizando matrices extracelulares de fibrina y agarosa. Evaluar la viabilidad *in vitro* e *in vivo* de las células y tejidos fabricados.

Material y Métodos. Cultivos primarios correspondientes a células de grasa (ADSCs), fibroblastos y queratinocitos orales fueron obtenidos a partir de biopsias de grasa inguinal y paladar de conejos New Zealand. Las ADSCs fueron cultivadas en medio de diferenciación osteogénica. Posteriormente, se generaron sustitutos tridimensionales de mucosa palatina y tejido óseo con biomateriales basados en fibrina y agarosa. Dichos sustitutos fueron evaluados histológicamente a 7, 14, 21 y 28 días a nivel *in vitro* y 40 días de estudio *in vivo*.

Resultados. El análisis *in vitro* de los sustitutos de tejido óseo demostró la presencia de numerosas ADSCs a los 7 días de cultivo. Por otra parte, se observaron adecuados niveles de proliferación celular a 14 y 21 días observando un descenso en la proliferación a partir del día 21, posiblemente asociado al proceso de inducción osteogénica. Los sustitutos de mucosa palatina, presentaron queratinocitos aislados con respecto al sustituto estromal. El estudio *in vivo* preliminar, reveló la presencia de mucosa palatina re-epitelializada y tejido óseo asociado a la región de la lesión. Estudios de mineralización e identificación de marcadores de diferenciación ósea y epitelial se encuentran actualmente en fase experimental.

Conclusiones. Es posible obtener mediante ingeniería tisular tejidos artificiales que sustituyan a la mucosa palatina y al hueso para su posible utilización en el tratamiento de fisura labiopalatina y otras patologías maxilofaciales. Financiado FIS PI10/02213.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Cirugía de la mama en el paciente adolescente: 11 años de experiencia.** Zornoza M, Berenguer B, González Meli B, Marín MC, Corona Bellostas C. De Tomás Palacios E. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La patología de la mama adolescente varía en cuanto a la del adulto en incidencia y etiología. El objetivo de nuestro trabajo es revisar nuestra experiencia, evaluando las indicaciones y los resultados.

Material y Métodos. Realizamos una revisión retrospectiva de 2000 a 2011 de los pacientes intervenidos por patología de la mama, analizando indicación quirúrgica, técnica realizada y complicaciones postoperatorias. El resultado de la cirugía se analizó mediante una evaluación objetiva de medidas comparadas con estándares antropométricos, además de una evaluación subjetiva mediante encuesta telefónica a los pacientes (0 = no satisfecho a 3 = muy satisfecho).

Resultados. Identificamos 124 pacientes (74 niños, 50 niñas) operados a edad media de 14 años por las siguientes indicaciones: ginecomastias (64), asimetría mamaria (17), politelia (13), Sd. Poland (6), macromastia (5), polimastia (6), mama tuberosas (6), patología cutánea (7), otros (8). Los procedimientos quirúrgicos fueron 59 mastectomías subcutáneas, 14 implantes mamarios, 15 mamoplastias de reducción, 7 mamoplastias de aumento mediante inyectables, 3 expansores y 25 exéresis de lesiones. 18 pacientes precisaron reintervención, la gran mayoría por retoques estéticos, y uno precisó cirugía urgente por un hematoma postoperatorio inmediato. El análisis objetivo no presentó diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) con respecto a las medias de los parámetros estándares. La media de la evaluación subjetiva fue de 2,34.

Conclusiones. La indicación quirúrgica más frecuente en patología de la mama adolescente es ginecomastia en niños y asimetría mamaria en niñas. Las técnicas quirúrgicas son seguras y los resultados estéticos objetivos y subjetivos son buenos.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

COMUNICACIONES ORALES VII: CIRUGÍA ONCOLÓGICA

- **Terapia multimodal en neuroblastoma de alto riesgo, tratado con el protocolo MSKCC. Experiencia quirúrgica.** Carreira J¹, Krauel L¹, Vancells M¹, Carrasco R¹, Ribó JM¹, Cruz O², Suñol M³, Mora J². ¹Cirugía Pediátrica, ²Oncología Pediátrica, ³Patología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Objetivos. Revisar la experiencia quirúrgica en el tratamiento de Neuroblastoma de alto riesgo (NAR) con el protocolo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) en nuestra institución.

Material y Métodos. 30 pacientes con histología de NAR (septiembre 2004-marzo 2011). Definiéndose NAR como: Tumor estadio 4 de la INSS, no estadio 4 con amplificación MYCN o progre-

sión clínica de un tumor no estadio 4. Se realizó resección quirúrgica tras el tercer curso quimioterapéutico. El objetivo fue la Resección tumoral total (RTT). Se revisaron datos demográficos, características radiológicas de los Factores de riesgo quirúrgicos (FRQ) según LNESG1, abordaje quirúrgico y complicaciones.

Resultados. 16 niños y 14 niñas. Edad media: 3 años 5 meses (Rango 1 m-11 a). 18 pacientes presentaban FRQ según el LNESG1. Abordaje quirúrgico: 1 laparotomía media, 15 laparotomías transversas, 10 toracofrenolaparotomías y 1 toracotomía. Dos pacientes presentaron masa ausente tras terapia de inducción y 1 irreseccable. Cuatro pacientes presentaron RTT al diagnóstico, previa quimioterapia. Tras 3 cursos de quimioterapia de inducción, 6 pacientes presentaron ausencia de masa residual (4 con resecciones iniciales y 2 no operados). A los 24 pacientes restantes (80%) se les realizó resección quirúrgica tras el tercer curso quimioterapéutico, según el protocolo, siendo exitosa en 23 pacientes. Complicaciones: 5 nefrectomías por enfermedad infiltrante y 1 por isquemia renal.

Conclusiones. La RTT tras quimioterapia de inducción es posible en la mayoría de pacientes. El riesgo de pérdida renal es alto. Los buenos resultados del protocolo MSKCC para Neuroblastoma pueden ser reproducibles en otras instituciones.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Líneas celulares de hepatoblastoma humano expresan el receptor NK-1 y responden de forma dosis-dependiente al tratamiento con Aprepitant.** Berger M¹, Rosso M², Lladó S², Fernández Pineda I¹, Cabello Laureano R¹, Kappler R³, Von Schweinitz D³, De Agustín Asensio JC¹, Neth O⁴, Muñoz M². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Laboratorio de Investigación en Neuropéptidos, ⁴Sección de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencia de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Dr. von Hauner, Munich, Alemania.

Objetivos. Los ligandos del receptor NK-1 han sido recientemente descritos como una potencial diana para futuras estrategias terapéuticas antitumorales. Nada se ha descrito de la expresión del receptor NK-1 en el hepatoblastoma. En este estudio, hemos investigado la expresión de NK-1 en muestras de hepatoblastoma y su posible bloqueo con ligandos del receptor NK-1.

Material y Métodos. Líneas celulares de hepatoblastoma humano HepT1 y HepG2 se cultivaron en monocapas y fueron estimuladas con concentraciones progresivamente más elevadas de ligandos del receptor NK-1 (L-732,138, L-733,060) y el fármaco Aprepitant.

Resultados. Los ensayos de citotoxicidad mostraron inhibición dosis-dependiente de ambas líneas celulares HepT1 y HepG2 para L-732,138, L-733,060. En el caso de ambas líneas, la inhibición completa fue lograda a 30 mg para L-733,060 y 160 mg para L-732,138. Interessantemente, para Aprepitant se encontró un aumento inicial de crecimiento en ambas líneas celulares a concentraciones muy bajas (2 y 5 mg). Empezando con dosis de 10 mg, se encontró una inhibición dosis-dependiente similar a los otros antagonistas del receptor NK-1. No se observó este tipo de estimulación de crecimiento inicial en controles. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) confirmó la expresión del receptor NK-1 en ambas líneas celulares.

Conclusiones. Líneas celulares de hepatoblastoma humano expresan el receptor NK-1 y sus antagonistas como Aprepitant inducen inhibición celular dosis-dependiente. Son necesarias más investigaciones para determinar el papel exacto de NK-1 en hepatoblastoma y su posible uso en futuras estrategias terapéuticas antitumorales.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Adrenalectomía laparoscópica en neuroblastoma. Presentación de nuestra serie y revisión de la literatura.** Riñón Pastor C, De Mingo Misena L, Álvarez Bernaldo De Quirós M, Morató Robert P, Alonso Calderón JL, Cortés Gómez M, Souto Romero H, Ollero Caprani JM. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos. El neuroblastoma es la masa suprarrenal más frecuente en edad pediátrica. Las series de adrenalectomía laparoscópica en niños son escasas, incluyendo masas de diverso origen. Muy pocas se refieren exclusivamente a neuroblastoma.

Material y Métodos. Presentamos 7 pacientes entre 1 y 5 años, con neuroblastoma suprarrenal en los que realizan 8 adrenalectomías y dos biopsias laparoscópicas en los últimos 8 años.

Resultados. Se realizan 4 adrenalectomías derechas, cuatro izquierdas, y dos biopsias suprarrenales. Los pacientes se colocaron en decúbito lateral para abordaje transperitoneal. Se utilizaron 3 trócares en el lado izquierdo y 4 en el lado derecho. Los tumores se extrajeron con bolsa por la incisión más posterior. Un paciente con biopsia previa se convirtió por abundantes adherencias y el gran tamaño del tumor. La estancia media fue de 48 horas.

La adrenalectomía laparoscópica es el tratamiento habitual de las masas suprarrenales benignas del adulto. La vía transperitoneal proporciona mejor exposición. En pacientes pediátricos las indicaciones son pocas y el espacio es menor. Existen pocas series en edad pediátrica, casi todas por patología adrenal de diverso origen. Las series sobre adrenalectomía laparoscópica por neuroblastoma suprarrenal son muy escasas. La laparoscopia ofrece una solución menos dolorosa, acortando los tiempos de ingreso y recuperación, con cicatrices más estéticas.

Conclusiones. La laparoscopia es una técnica útil y segura en pacientes con neuroblastoma suprarrenal, en casos seleccionados, con masas menores de 5 centímetros.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Papel de la cirugía en el tratamiento de las micosis invasivas en pacientes hemato-oncológicos.** Souto Romero H, Luis Huertas AL, Rodríguez de Alarcón García J, Espinosa Góngora R, Alonso Calderón JL, Morató Robert P, Ollero Fresno JC, De Mingo Misena L, Álvarez Bernaldo de Quirós M, Ollero Caprani JM, Cortés Gómez MJ, Azorín D, Sevilla J, Tejedor Sánchez R, González Vicent M, Miguel Ferrero M, Espinoza Vega M. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos. Las infecciones oportunistas por hongos suponen un importante factor pronóstico en la evolución de los pacientes con enfermedades hematológicas, contribuyendo de forma importante a un incremento en su morbimortalidad. A pesar de que en muchas ocasiones son necesarios procedimientos quirúrgicos para su diag-

nóstico y tratamiento, disponemos de poca información consensuada sobre el papel de la cirugía en estos procesos.

Estudiamos el papel del tratamiento quirúrgico en los pacientes hematooncológicos con micosis invasivas (MI)

Material y Métodos. Revisamos los pacientes con MI probada, diagnosticados en el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica de nuestro hospital entre 1996 y 2011. Registramos datos demográficos, clínicos y los resultados referentes al tratamiento quirúrgico en cada caso.

Resultados. De los 18 pacientes diagnosticados de MI (13/18 leucemias), 8 recibieron tratamiento quirúrgico, requiriéndose reintervención en tres casos. El pulmón fue el órgano más afectado (15/18), seguido del bazo (4/18) y el intestino (3/18). Los hongos aislados fueron: *Aspergillus* spp (13/18), *Cándida* spp (2/18); *Cunninghamella* spp (2/18) y *Geotrichum* (1/18). Se realizaron 4 resecciones pulmonares, 2 esplenectomías, 2 derivaciones intestinales y 1 resección gástrica. Todos los pacientes con tratamiento médico exclusivo fallecieron (9/10 durante la infección activa), mientras que 3/8 pacientes operados sobrevivieron a la MI.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la resección quirúrgica se asoció a un mejor pronóstico por lo que el tratamiento quirúrgico debe considerarse una medida terapéutica complementaria al tratamiento antifúngico en todos los pacientes hematooncológicos con MI de mal pronóstico ya que puede ser la única alternativa para su supervivencia.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Hallazgos histológicos y seguimiento clínico de pacientes con MEN2 tras tiroidectomía profiláctica.** Roldán Pérez S, Cabello Laureano R, Fernández Pineda I, Aspiazú Salinas D, Martínez Criado Y, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. La neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2) es un síndrome autosómico dominante caracterizado principalmente por carcinoma medular tiroideo (CMT), feocromocitoma e hiperparatiroidismo en pacientes con mutaciones del protooncogén RET. Su espectro incluye los subtipos 2A, 2B y el carcinoma medular familiar de tiroides (CMFT). Presentamos nuestra experiencia en el manejo profiláctico de estos pacientes mediante tiroidectomía, así como los hallazgos histopatológicos.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de MEN2, derivados a nuestra consulta tras consejo genético entre 1997 y 2011. Se analizaron los valores pre y postoperatorios de calcitonina, hallazgos histopatológicos, seguimiento y supervivencia.

Resultados. Se identificaron 13 pacientes con antecedentes familiares de CMT, 11 portadores de mutación para MEN2A (C634Y-11) y 2 no portadores con test de pentagastrina patológico. La edad media al diagnóstico fue 4,2 años (rango 1,83-8,25).

Todos se trataron mediante tiroidectomía total, con una edad media de 6 años (rango 4,08-8,5). Los hallazgos histopatológicos demostraron 7 casos de Hiperplasia nodular de células C, 2 microcarcinomas, 1 carcinoma multicéntrico, 1 tiroiditis linfocitaria y 1 sin evidencia de enfermedad. La calcitonina estaba elevada en 3 casos, coincidiendo en uno con histopatología de microcarcinoma. Los controles postoperatorios de calcitonina fueron normales en todos los casos. Todos los pacientes están libres de enfermedad.

Conclusiones. La tiroidectomía profiláctica precoz es la única herramienta preventiva y curativa para el CMT en pacientes susceptibles genéticamente de padecerlo.

Es imprescindible la creación de equipos multidisciplinares para el estudio, manejo y seguimiento de los pacientes con MEN2 y sus familias.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Tratamiento conservador de la apendicitis aguda en pacientes neutropénicos.** Bordallo Vázquez MF, Sanchís Blanco G, Escribano Gómez L, Fonseca Martín R, Marco Macián A, García-Sala Viquer C. *Hospital Universitario la Fe. Valencia.*

Objetivos. La apendicitis aguda en un paciente inmunodeprimido plantea importantes decisiones terapéuticas. El objetivo de este estudio es valorar la evolución de pacientes neutropénicos tratados de forma conservadora.

Material y Métodos. Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes oncológicos en situación de neutropenia postquimioterapia diagnosticados de apendicitis aguda en nuestro centro, entre 2000 y 2010. Comparamos los resultados del tratamiento quirúrgico inmediato con los del abordaje conservador (antibioterapia de amplio espectro y reposo digestivo).

Resultados. Diagnosticamos 13 episodios de apendicitis aguda en niños oncológicos con mediana de edad de 7,6 años (3,4-14,5), siendo la neoplasia más frecuente de origen hematológico. Presentaron dolor abdominal de forma universal y fiebre en un 70%. Excluimos un paciente por no encontrarse en situación de neutropenia. Los otros 12 habían recibido quimioterapia previa y en el momento del diagnóstico se hallaban en situación de neutropenia, 9 de ellos severa, con una mediana de neutrófilos absolutos de 75 (0,0-300). El diagnóstico se basó en criterios clínicos y radiológicos (ecografía abdominal) en todos los casos.

6 pacientes fueron intervenidos al diagnóstico (hasta 2008), con dos complicaciones graves (precisando derivación intestinal), realizándose manejo conservador en los últimos 6 casos sin complicaciones. 3/6 se han intervenido satisfactoriamente de manera electiva tras la recuperación hematológica.

Conclusiones. La evolución de pacientes neutropénicos con apendicitis aguda tratados de forma conservadora ha sido favorable según nuestra experiencia. Proponemos este esquema de tratamiento con el objetivo de reducir riesgos perioperatorios, siempre que el paciente se mantenga estable. La cirugía programada en los casos seleccionados debería ser retrasada hasta la recuperación hematológica.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Adenovirus oncolíticos en el tratamiento de tumores sólidos pediátricos.** Espinosa Góngora R¹, Rodríguez de Alarcón García J¹, Souto Romero H¹, Luis Huertas A¹, Ollero Fresno JC¹, Ollero Caprani JM¹, Ramírez M¹, Ruano D¹, Alemany R², García Castro J³, Alonso Calderón JL¹, Álvarez Bernardo de Quirós M¹, Cortés MJ¹, De Mingo Misena L¹, Morató Robert P¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. ²Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge, Barcelona. ³Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Objetivos. Evaluar la seguridad y eficacia de un adenovirus oncolítico (ICOVIR-5) en el tratamiento de tumores sólidos pediátricos irresecables

Material y Métodos. Se presentan 2 casos.

Varón de 7 años con neuroblastoma suprarrenal derecho estadio III con NMYC amplificado en situación de refractariedad. La TAC revela una gran masa retroperitoneal irresecable. Había recibido 4 líneas de quimioterapia, radioterapia, resección quirúrgica en 3 ocasiones y ablación térmica con ultrasonido. Se realiza laparotomía e inyección local de ICOVIR-5 en 10 áreas distintas de tumor en 2 ocasiones separadas por 8 semanas.

Mujer de 6 años con neuroblastoma metastásico (médula ósea y hueso) de localización retroperitoneal irresecable y refractario a 2 líneas de tratamiento. Se realiza laparotomía e inyección local de ICOVIR-5 en 10 áreas distintas de tumor continuando el tratamiento con viroterapia sistémica

Resultados. No hubo complicaciones postoperatorias. En el primer caso se objetivó disminución inicial de la masa tumoral en el contexto de reacción inflamatoria seguido de progresión de la enfermedad. En el segundo caso se observó estabilización de la enfermedad a largo plazo con cambios histológicos en el tumor primario sugerentes de respuesta inmune antitumoral.

Conclusiones. La administración intratumoral de adenovirus oncolíticos en niños con tumores sólidos irresecables tuvo una buena tolerancia. La respuesta obtenida al tratamiento realizado nos hace valorar el empleo de esta terapia como una posible alternativa en estos pacientes

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Infección pulmonar por aspergillus y otros hongos emergentes: ¿tratamiento quirúrgico también en Pediatría?** Lara A¹, Guillén G¹, Molino JA¹, Laín A¹, Bastida P², Dapena JL², Lloret J¹, Martínez-Ibáñez V¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Oncohematología Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. La incidencia de infecciones pulmonares por hongos emergentes en niños inmunodeprimidos está aumentando. Sin tratamiento, su mortalidad es cercana al 100% aunque su manejo es controvertido. En adultos, la resección quirúrgica del micetoma se considera el tratamiento más efectivo, aunque presenta considerable morbimortalidad. El objetivo de éste trabajo es revisar nuestros resultados en pacientes pediátricos.

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por micosis pulmonares invasivas en el periodo 2000-2011.

Resultados. Identificamos 13 pacientes (edad 6.7 años, rango 1-17), afectos de LMA (7 casos), LLA (4 casos), linfoma (1 caso), aplasia medular (1 caso). Tres pacientes habían recibido trasplante de médula (2 autólogos, 1 alogénico). Como antifúngicos, un 100% recibió anfotericina B, un 77% voriconazol y un 61% caspofungina. Se realizaron 12 toracotomías y 1 toracoscopia, practicándose en 12 casos resecciones atípicas y en uno, lobectomía. Las complicaciones fueron un sangrado intraoperatorio, y en el postoperatorio, un neumotórax y un distres leve. El agente etiológico fue Aspergillus spp en 8 casos, otros hongos en 3 y hongos filamentosos no filiaados en 2. En

12 casos (92,3%) se logró erradicar la infección, con un seguimiento medio de 1326 días (rango 46-3.650); sólo un caso falleció por aspergilosis diseminada, la paciente afecta de aplasia medular.

Conclusiones. En nuestra serie pediátrica, el tratamiento de las micosis pulmonares invasivas mediante combinación de resección pulmonar y antifúngicos de nueva generación alcanzó unas tasas de curación superiores al 90% de los casos, y se asoció a una baja morbimortalidad.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Posibilidad de aplicar la laparoscopia en la resección de tumores sólidos en niños.** Albertos Mira-Marcelí N, Gallelo Mellado N, Mira Navarro J, Sánchez París Ó Encinas Goenechea A, González López F, Martín Hortigüela ME, Navarro De La Calzada C, Garramón Trinchieri N. Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos. En la última década hemos asistido a un importante desarrollo de las técnicas laparoscópicas para patologías benignas en niños. Sin embargo, en el caso de la oncología su uso es todavía controvertido y limitado. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la posibilidad de aplicar estas técnicas en la resección de tumores sólidos.

Material y Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo pacientes diagnosticados de tumores sólidos abdominales y retroperitoneales. Además de datos epidemiológicos, se recogieron datos referentes al diagnóstico, localización y tamaño del tumor y estadiaje. Atendiendo a las características de infiltración local, la localización, el tamaño, la relación con grandes vasos y el compromiso de estructuras vitales, se estudió en cada caso la posibilidad o no de resección laparoscópica.

Resultados. Se incluyó a 54 pacientes. El 61,7% diagnosticados de neuroblastomas, el 16,7% de tumores de células germinales y el 22,2% de renales. Teóricamente, la resección laparoscópica podría indicarse en el 38,9%. Concretamente en el 45,5% de los neuroblastomas, en el 11,1% de los tumores de células germinales y en el 41,7% de los renales. La razón principal para no indicarla es la infiltración local y/o invasión local en el 57,6% y el tamaño tumoral >de 6 cm en el 42,4%.

Conclusiones. La laparoscopia ofrece conocidas ventajas frente a la cirugía abierta. Según los resultados obtenidos, un 38,9% de nuestros pacientes podrían beneficiarse de estas técnicas. Este escenario nos debe animar a introducir la laparoscopia en la cirugía oncológica pediátrica.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

COMUNICACIONES ORALES VIII: CIRUGÍA TORÁCICA Y VÍA AÉREA

- **Agenesia esternal: cuando el cierre primario no es posible.** Lara A, Guillén G, Laín A, Molino JA, Martínez-Ibáñez V. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

Objetivos. La agenesia o hendidura esternal es un defecto en la fusión de las bandas esternales, puede ser completa o parcial, y aso-

ciarse a síndromes como el PHACES. Presentamos dos nuevos casos y proponemos una solución para cubrir el defecto cuando el cierre primario no es factible.

Material y Métodos. Caso 1: mujer de 3 meses afecta de Sd. PHACES con defecto esternal de los 2/3 superiores. Se completa la estenotomía, aplicando puntos de aproximación, sin lograr el cierre completo por mala compliance torácica. Se coloca una placa preformada y a medida de ácido poli-láctico y poli-glicólico cubriendo el defecto.

Caso 2: mujer de 1 mes con defecto esternal de 2/3 superiores y angioma labial (no criterios de Sd. PHACES). Se completa esternotomía y se aplican puntos de aproximación, con correcta tolerancia y cierre completo.

En ambos casos se colocaron drenajes.

Resultados. No se produjeron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. El Caso 1 presentó leve dificultad para el retorno venoso del brazo izquierdo que se resolvió en las primeras 24 horas. El seguimiento actual es de 3 y 6 meses, respectivamente.

Conclusiones. Ante el diagnóstico de agenesia esternal deben descartarse malformaciones asociadas (especialmente Síndrome PHACES). Se aconseja intervenir antes del 1º mes de vida, con casi un 100% de cierres primarios asociados a una mayor compliance torácica. Si no es posible, se describen numerosos materiales para cubrir el defecto. En nuestro caso las placas de ácido poli-láctico y poli-glicólico han demostrado ser una buena opción con la ventaja de ser reabsorbibles y moldeables.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Tratamiento endoscópico de lesiones en la vía aérea mediante terapia láser.** Morante R, Antón-Pacheco JL, Fuentes S, López M, Moreno C, Benavent MI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en el uso de terapia láser en un grupo de pacientes con anomalías congénitas y adquiridas de la vía aérea.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con patología de la vía aérea tratados con láser diodo en el periodo desde enero 2008 a diciembre 2011. Todos los procedimientos se realizaron por vía endoscópica utilizando instrumentación rígida o flexible. Se han evaluado las siguientes variables: indicaciones, nº de procedimientos, complicaciones y resultados.

Resultados. La serie incluye 37 pacientes; 13 niñas y 24 niños con edades comprendidas entre los 3 días y los 12 años (media, 20 meses). Se han realizado un total de 47 cirugías con láser, con un promedio de 1,2 procedimientos por paciente. Las indicaciones han sido: laringomalacia 11 casos (29%); granuloma 8 (21%); parálisis de cuerdas vocales 7 (19%); estenosis laríngea 5 (13%), malformación vascular-linfática 3 (8%), quiste subglótico 1 (2,7%), estenosis traqueal congénita 1, y papilomatosis 1 caso. En 7 pacientes (19%) se emplearon además otros procedimientos endoscópicos. Se han registrado dos complicaciones post-láser: un sangrado y un enfisema subcutáneo con neumotórax, que se resolvieron con tratamiento conservador.

En el 89% de los casos se produjo una mejoría clínica significativa de la sintomatología respiratoria que presentaban los pacientes.

Conclusiones. La terapia láser es una técnica segura que ofrece buenos resultados en el tratamiento de lesiones en la vía aérea de niños. Sus indicaciones están aumentando ya que sola, o asociada a otras técnicas endoscópicas, es una buena alternativa a la cirugía convencional en pacientes seleccionados.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Anomalías de la vía aérea en pacientes con síndrome craneofacial grave: Papel de la broncoscopia.** Fuentes S, Antón-Pacheco JL, López M, González M, Morante R, Gómez Fraile A. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Determinar la incidencia de anomalías en la vía aérea de pacientes con síndrome craneofacial grave. Establecer el papel de la broncoscopia en su manejo.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de un grupo de pacientes con síndrome craneofacial grave, deformidad ósea conjunta de cara y cráneo, en los que se ha realizado una broncoscopia en el periodo comprendido entre 1995 y 2011. Las siguientes variables se han analizado: datos demográficos, tipo de síndrome craneofacial, síntomas respiratorios, hallazgos broncoscópicos, y el tipo de tratamiento empleado.

Resultados. Treinta y siete pacientes (23 niños, 14 niñas; edad media 39 meses) constituyen la serie. Veintidós casos con sinostosis craneofacial (S. de Crouzon, 11; S. de Apert, 7; S. de Pfeiffer, 4) y 15 pacientes con disostosis craneofacial (S. Goldenhar, 8; S. Treacher Collins, 7). En 31 pacientes se realizó una broncoscopia por presentar sintomatología respiratoria, y en los restantes 6 (asintomáticos) la broncoscopia se realizó en el contexto de una intubación guiada para un procedimiento quirúrgico. Se diagnosticaron anomalías en la vía aérea en el 70.2% de los casos (71% en pacientes sintomáticos). Los hallazgos más frecuentes fueron: estenosis de coanas (23 casos), edema laríngeo (9), y laringomalacia (4). Quince pacientes (40,5%) presentaron más de una lesión. En 14 pacientes se realizó una traqueotomía, adenoidectomía/ amigdalectomía en 13, glosopexia en 5, cirugía antireflujo en 3 y supraglotoplastia en 2.

Conclusiones. Un alto porcentaje de pacientes con síndromes craneofaciales graves presentan anomalías en su vía aérea y recomendamos la realización de una broncoscopia para su exploración completa. El tratamiento debe ser individualizado.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **¿Es la función pulmonar una excusa para indicar la cirugía en niños menores de 1 año con patología congénita pulmonar?** Bragagnini Rodríguez P¹, Estors Sastre B¹, Sainz Samitier A¹, García Iñiguez JP², Calleja Aguayo E¹, Elías Pollina J¹. ¹*Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Miguel Servet.* ²*Sección de Neumología Pediátrica, Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza.*

Objetivos. Determinar la función pulmonar en pacientes lobectomizados en edades superiores al año de vida por una malformación pulmonar congénita y con infecciones respiratorias previas a la cirugía

Material y Métodos. Revisamos 16 pacientes con malformaciones congénitas pulmonares desde el año 2001 hasta el 2011 de los cuales 5 cumplen los criterios de inclusión: lobectomía pulmonar por encima del año de edad, actualmente mayores de 5 años, y que sufrieron infecciones respiratorias bajas en el periodo previo a la cirugía. Se les realiza espirometría para medir su función pulmonar actual.

Resultados. Identificamos cinco niños, en los que se realizó lobectomía a una edad media de 2,8 años (1,5-5,0 años), diagnosticados al menos una vez de neumonía o bronquitis aguda previa a la cirugía, cuatro de ellos fueron malformaciones adenomatoidea quística y uno secuestro pulmonar intralobar. Se les realiza espirometría siendo la edad media de 9,7 años (6,0-13,6 años), en la que se evidencia una media de la capacidad vital forzada (CVF) de 92,9%, del volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF1) de 91,7% y de la capacidad vital máxima (CV max.) de 90,66% del teórico para el peso y talla, todos los pacientes por encima del 80% del valor teórico que es considerado como normal.

Conclusiones. Pacientes post lobectomizados por patología pulmonar congénita por encima del año de edad y con infecciones respiratorias previas, presentan parámetros de función pulmonar dentro de la normalidad, lo que no concuerda con el supuesto beneficio en la función pulmonar que da la cirugía previa al año.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Tratamiento quirúrgico de la hendidura laringotraqueal.** Matute de Cárdenas JA¹, Aspiazú Salinas D¹, Jiménez Crespo V¹, Delgado Cotán L¹, Morcillo Azcárate J², García-Casillas Sánchez MA³, De Agustín Asensio JC¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La hendidura laringotraqueal (HLT) es una rara malformación congénita de alta mortalidad. Revisamos los resultados obtenidos en el tratamiento de los distintos tipos de HLT.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de historias clínicas de pacientes con HLT. Se analizaron la edad, tipo de HLT, malformaciones asociadas, tipo de tratamiento, tiempo de intubación postquirúrgico, complicaciones y mortalidad.

Resultados. Entre 2004 y 2010 seis pacientes fueron diagnosticados de HLT (1 tipo I, 2 tipo II, 1 tipo III y 2 tipo IV). El caso tipo I se diagnosticó a los 2 años de edad. El resto tenía una mediana edad en la cirugía de 17 días (6-19). Un paciente presentó hemivertebra y uno atresia de esófago tipo III con quiste de colédoco. Los tipos III y IV precisaron soporte de circulación extracorpórea (CEC). La cirugía consistió en un abordaje de la vía aérea por línea media anterior. La mediana de intubación postoperatoria fue de 6 días (6-14), aunque un paciente precisó de una traqueostomía por traqueomalacia severa. Todos los casos presentaron RGE severo y trastornos de deglución inicial que fueron tratados mediante funduplicatura de Nissen y gastrostomía. Un paciente falleció al tercer día post-op por dehiscencia de sutura con neumotórax a tensión. Un paciente fue reintervenido por recurrencia de la HLT con buenos resultados.

Conclusiones. El abordaje anterior con o sin CEC es una técnica segura y fiable con una reducción drástica de la mortalidad. La

cirugía debe realizarse tan pronto se establece el diagnóstico en un centro con cirugía de la vía aérea.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Análisis de efectividad de la plicatura diafragmática mínimamente invasiva.** Martínez Criado Y, Pérez Bertólez S, Requena M, Matute Cárdenas JA, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. La parálisis diafragmática puede ocasionar compromiso respiratorio y dificultad para la extubación.

Estudiamos la efectividad de la plicatura diafragmática (PD) realizada en sus dos modalidades: asistida por videotoracoscopia (VATS) y percutánea (PC).

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de las PD realizadas en nuestro centro en los últimos 3 años. Revisión de historias clínicas, analizando las variables: sexo y edad; etiología y lateralidad; indicaciones quirúrgicas; técnica empleada; parámetros ventilatorios; complicaciones y evolución posterior.

Análisis de datos con el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados. De 2009 a 2012, se realizaron 22 PD (7 izquierdas, 13 derechas, 2 bilaterales). La edad media fue de 10,4 meses (2-23,1). En el 63,6% la parálisis fue secundaria a una cirugía torácica. En 12 pacientes se realizó VATS y en 5 PC.

Los síntomas de los pacientes fueron: dificultad respiratoria (69,1%), acompañada de procesos intercurrentes (neumonías, bronquiolitis, atelectasias) e imposibilidad de extubación en el 27,3%.

Tras la PD, en el 90,9% remitieron los síntomas respiratorios, y la extubación se logró en todos los pacientes, precisando soporte ventilatorio de 12-96 horas. La estancia hospitalaria media fue de 7,5 días (3-13,5). No existieron complicaciones derivadas de la cirugía. Hubo dos recidivas (9,2%) y sólo una se reintervino (4,6%).

La técnica percutánea disminuyó la analgesia postquirúrgica requerida y mejoró el resultado estético.

Conclusiones. La PD con cirugía de mínima invasión disminuye la morbilidad operatoria y facilita la extubación de pacientes respirador-dependientes con parálisis diafragmática.

La técnica percutánea mejora los resultados estéticos y disminuye el dolor postcirugía, sin encontrarse otras diferencias respecto a la VATS.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Implante de un estimulador diafragmático en pacientes con una lesión medular cervical alta en edad pediátrica, dependientes de ventilación mecánica.** Blanco Domínguez JA¹, Vidal J², De Diego M¹, Curia X², Borau A², De Francisco A³, Rodrigo C³, Ilnard RM¹, Abad P¹, Castellví A¹, Onders R⁴. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ²Serv Institut Guttmann, Badalona. ⁴Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland.

Objetivos. Los pacientes pediátricos tetraplégicos con lesiones cervicales por encima de C4 requieren ventilación mecánica respiratoria permanente. La colocación de un estimulador diafragmático

mediante una cirugía mínimamente invasiva, les permite desconectar temporalmente la respiración mecánica asistida mejorando, su morbilidad y mortalidad, permitiéndoles una calidad de vida mejor.

Material y Métodos. Presentamos nuestra experiencia en dos pacientes de 3 y 5 años. Por vía laparoscópica, utilizando tres trocares de 5 mm, se implantan dos electros en cada uno de los diafragmas, tras localizar con el estimulador las zonas de mejor contracción.

Resultados. No presentaron ninguna complicación intra ni postquirúrgica. Se empezó la estimulación progresiva según tolerancia a los 10 días en ambos casos, pudiendo desconectar el respirador. A los 2 meses de evolución el paciente más pequeño está unas 20 horas día sin respirador y la otra paciente, con una evolución más lenta, está una hora.

A los 14 meses el paciente de 3 a., va a la escuela, sale de paseo, habla mucho mejor que cuando está conectado al respirador, solo se conecta por la noche para tranquilidad de la madre, mientras ella duerme

Conclusiones. Es una opción a este tipo de pacientes, que requiere de una intervención mínimamente invasiva, poco agresiva y sin complicaciones: Permite una disminución de la morbilidad de estos pacientes y una gran mejoría en su calidad de vida. Una disminución importante del gasto sanitario

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Tratamiento precoz de la estenosis subglótica y traqueal adquiridas mediante dilatación endoscópica y aplicación de mitomicina.** Ortiz Rodríguez R, Domínguez Amillo E, De la Torre C, Hernández Oliveros F, Encinas JL, Ramírez Piqueras M, López Fernández S, Castro L, Díaz Agero P, Vázquez J, López Santamaría M, Tovar JA. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. La estenosis adquirida de la vía aérea es una complicación común tras periodos prolongados de intubación endotraqueal. Revisamos nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico de estas lesiones.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de las estenosis traqueales adquiridas tratadas en nuestro centro desde 2005 a 2011. Las dilataciones se realizaron bajo anestesia general sin intubación endotraqueal, usando balones de angioplastia de 4-8 mm seguidas de la aplicación tópica de mitomicina 1:1000, con intubación ulterior de los pacientes que lo precisaron.

Resultados. Quince niños (12V-3H) fueron tratados con una mediana de edad de 4,5(1-96) meses. Trece sufrían estenosis subglóticas post-intubación y 2 estenosis traqueales (1 postintubación y 1 tras cirugía de reconstrucción traqueal). Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron estridor y fracaso en la extubación. El diagnóstico se realizó por broncoscopia seguida de 3(1-5) sesiones de dilataciones con balón. No hubo complicaciones intraoperatorias y ningún paciente precisó traqueotomía. La mediana de seguimiento fue de 32(6-60) meses sin ninguna recidiva.

Conclusiones. La dilatación endoscópica precoz con balón de angioplastia seguida de la aplicación de mitomicina es un método seguro y eficaz en el tratamiento de las estenosis subglóticas y traqueales adquiridas.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Cirugía abierta, palomo laparoscópico y embolización en niños con varicocele: revisión de 10 años de experiencia en nuestro hospital.** Gómez Beltrán Ó, Garrido Pérez JI, Escassi Gil A, García Ceballos A, Vargas Cruz V, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor CH, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Objetivos. Evaluar los resultados del tratamiento del varicocele en nuestro centro en los últimos 10 años con relación a la tasa de recurrencia y al porcentaje de hidrocele reactivo.

Material y Métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes menores de 17 años intervenidos de varicocele durante los últimos 10 años.

Resultados. Desde el 2000 al 2010 se intervinieron 98 niños con diagnóstico de varicocele. La edad media fue de 12 años. La localización fue izquierda en todos los casos. 95,9% de los pacientes tenían un varicocele grado III y 4,1% de los casos un grado II. Las indicaciones de cirugía fueron alto grado (82,7%), dolor crónico (16,3%) e hipotrofia (1%) El tratamiento empleado fue varicolectomía abierta (12,2%), embolización (32,7%) y Palomo laparoscópico (55,1%) La tasa global de recurrencia fue de 14,3% y el porcentaje de hidrocele reactivo fue de 24,5% La recurrencia fue mayor en el grupo de embolización (34,4%) en comparación con el de cirugía abierta (16,7%) y el laparoscópico (1,9%) Tres pacientes presentaron sangrado intraoperatorio autolimitado en el grupo laparoscópico.

Conclusiones. La varicolectomía laparoscópica es una técnica segura y eficaz en tratamiento del varicocele en la infancia, dada la baja tasa de recurrencia y la ausencia de complicaciones severas. Se debe tener en cuenta la realización de procedimientos de preservación linfática, a fin de disminuir el porcentaje de hidrocele reactivo.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Abordaje mínimamente invasivo del ureteroceles en pacientes con duplicidad renoureteral.** Gutiérrez JM, Ortega M, Ardela E, Lorenzo G, Martín Pinto F. *Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Abordaje mínimamente invasivo del ureteroceles en pacientes con duplicidad renoureteral.

Material y Métodos. En 9 pacientes diagnosticados de duplicidad renoureteral se realizó drenaje del ureteroceles por presentar infecciones urinarias de repetición (7 niños con episodios de pielonefritis y sepsis) u obstrucción del drenaje urinario. La media de edad fue de 33 meses (rango 8-108 meses). Se realizó con anestesia general, en quirófano y la punción del ureteroceles se realizó mediante cistoretroscopia con electrodo en asa. El tiempo mínimo de seguimiento fue de 12 meses (rango 12-48 meses) e incluye ecografía renal, estudio isotópico renal Mag3 con furosemida y, en los casos con reflujo vesicoureteral preoperatorio o infección urinaria postoperatoria, estudio con Ecocistografía.

Resultados. El tiempo medio operatorio fue de 60 minutos. La estancia media hospitalaria fue de 48 horas. No se presentaron complicaciones durante la técnica. En cinco pacientes desaparecieron los episodios de infección urinaria. La ecografía demostró la disminu-

ción de la hidronefrosis y del megauréter. En dos pacientes mejoró la función renal diferencial (FRD) tras la técnica. Un paciente con FRD preoperatoria del 14% precisó nefrectomía. Un paciente presentó reflujo vesicoureteral postoperatorio.

Conclusiones. El drenaje del ureterocele en paciente con duplicidad renoureteral reduce los episodios de infección urinaria y pielonefritis.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Dilatación endoscópica anterógrada en megauréter obstructivo primario: otra posibilidad de abordaje.** García-Núñez B, Falcó J, Rigol S, Sánchez B, Brun N, San Vicente B, Obiols P, Bardají C. *Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. El tratamiento actual del megauréter obstructivo primario (MOP) consiste en la dilatación endoscópica a través de la vejiga mediante cistoscopia.

Queremos presentar otra alternativa endourológica consistente en la punción percutánea del riñón y la realización del mismo procedimiento, de una manera anterógrada.

Material y Métodos. Varón de 4 meses de edad sin diagnóstico prenatal, que a raíz de un segundo episodio de infección urinaria con piodiagnóstico importante que requiere drenaje percutáneo transrenal (pig-tail), se objetiva ecográficamente ureterohidronefrosis izquierda grado IV con un importante megauréter izquierdo no refluente.

Un mes después, se decide tratamiento quirúrgico endourológico, aprovechando la sonda pigtail para introducir la guía y llevar a cabo la dilatación de la estenosis ureterovesical, con balón de 4 mm alcanzando una presión media de 14 atm (rango 12-16 atm) colocando tutor doble J. El procedimiento se realizó con control escópico radiológico, duró 21 minutos y fue un éxito. El tutor fue retirado transcurrido un mes.

Resultados. El paciente, con 8 meses de edad, permanece asintomático, con una ureterohidronefrosis izquierda residual grado II y con un diámetro máximo ureteral distal izquierdo de 1,2 cm, siendo el previo a la cirugía de 2,1 cm.

Conclusiones. Presentamos una alternativa a la dilatación retrógrada cistoscópica, mediante punción percutánea del riñón, realizando el mismo procedimiento endourológico de dilatación con balón y colocación de tutor doble J con control escópico, pero de una manera anterógrada, evitando así la cistoscopia. Una opción de abordaje que creemos debe ser tenida en cuenta como recurso o posibilidad en casos determinados.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Cáncer testicular y criptorquidia. Mito o realidad.** Castillo Fernandez AL, Paredes Esteban RM, Vargas Cruz V, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor C, Gómez Beltran ÓD, Garrido Pérez JL. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. En el pasado, la literatura científica estima que entre el 11-17% de los tumores testiculares aparecen en paciente con antecedentes de criptorquidia, actualmente se considera que la importancia epidemiológica de este dato no está bien definido y otros aspectos

pueden participar. Valoraremos la incidencia en nuestro hospital de cáncer testicular en pacientes con antecedentes de criptorquidia.

Material y Métodos. Se realiza un estudio retrospectivo de 175 pacientes diagnosticados de cáncer testicular, en nuestro hospital, durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 1999 a 2010. Se analiza el antecedente de criptorquidia y las características de la misma, localización testicular y edad de intervención.

Resultados. De los 175 pacientes con cáncer testicular, 5 pacientes presentaban el antecedente de criptorquidia, lo que supone un 2,8%. La edad media de presentación fue de 33 años y el tipo más frecuente correspondía al seminoma (60%). En dos pacientes el tumor se desarrolló en el testículo contralateral al criptorquídico.

Conclusiones. Nuestros resultados reflejan una incidencia menor en la asociación criptorquidia-cáncer testicular que la reportada en el pasado y si bien el testículo criptorquídico es potencialmente maligno, un manejo adecuado y protocolizado previene la malignización.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Tratamiento quirúrgico de la estenosis pieloureteral. Aportaciones del diagnóstico prenatal.** Hernández Martín S¹, Linares E², Lobato Romera R¹, López Fernández S¹, López Pereira P¹, Martínez Urrutia MJ¹, Jaureguizar Monereo E¹. ¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. El screening ecográfico universal durante el embarazo conlleva un aumento del diagnóstico (dx) prenatal de estenosis pieloureterales (EPU). Revisamos las que precisaron tratamiento quirúrgico, analizando las posibles aportaciones del diagnóstico prenatal.

Material y Métodos. Revisamos las 119 EPU intervenidas entre los años 2005 a 2011 en nuestro centro (117 pacientes, 40M y 77V). La edad media en el momento de la intervención fue de 27 meses (s=38), con una media de seguimiento de 51 meses (s=26). Realizamos un análisis comparativo no aleatorizado en función de la presencia o ausencia de diagnóstico prenatal.

Resultados. Presentaban diagnóstico prenatal (DxPre) 87 pacientes. La edad media en la intervención fue de 12 meses (s=19) en el grupo DxPre y 75 meses (s=43) en el resto, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

El tiempo medio de ingreso no mostró diferencias significativas entre ambos, ni el grado de hidronefrosis en el diagnóstico. La mejoría en la captación isotópica (2.25%, IC(0.10%-4.40%)) y la eliminación en el renograma (41.48%, CI(35.08%-47.87%)) postoperatorios fueron estadísticamente significativas en la serie total, sin diferencias entre grupos diagnósticos.

Nueve pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio temprano (5 en DxPre (5,6%) contra 4 (13,4%)). Sólo uno precisó reintervención por urinoma.

Ningún paciente ha evolucionado a insuficiencia renal, ni existen pérdidas de unidades renales.

Conclusiones. La única diferencia encontrada con el diagnóstico prenatal ha sido el adelanto en la edad a la que se operaron los pacientes. Los parámetros funcionales no mostraron diferencias significativas.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Cambios renográficos en pacientes pediátricos con síndrome de la estenosis de la unión pieloureteral tratados mediante cirugía laparoscópica.** Manzanares Quintela A¹, García-Aparicio L¹, Rodó Salas J¹, Palazón Bellver P¹, Martín Solé O¹, García Smith N¹, Bejarano Serrano M¹, Aranda Alberto M², Ribó Cruz JM¹. ¹Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. ²Hospital San Bartolomé, Lima.

Objetivos. Comparar la evolución renográfica pre y postquirúrgica en pacientes afectados de estenosis de la unión pieloureteral tratados por vía laparoscópica en nuestro centro.

Material y Métodos. 38 pacientes tratados mediante pieloplastia laparoscópica en nuestro centro de agosto/2007 hasta junio/2011. Se incluyen aquellos pacientes que disponíamos estudios renográficos pre y postoperatorios. Se compararon la Función Renal Diferencial, el tipo de curva renográfica y los diámetros ecográficos preoperatorios y a los 6 meses.

Resultados. De 38 pacientes revisados, 31 cumplían criterios de inclusión. Edad mediana de intervención 48 meses (2-192). En el renograma preoperatorio 26 pacientes presentaron curva obstructiva (tipo II), 2 pacientes curva parcialmente obstructiva con respuesta parcial al diurético (tipo III), 1 paciente curva parcialmente obstructiva sin respuesta al diurético (tipo IV) y 3 presentaron curva plana (tipo V). En el control postoperatorio 20 pacientes presentaron curva tipo I (Normal), 1 paciente curva tipo II, 5 pacientes curva tipo III, 2 curva tipo IV y 3 pacientes curva tipo V. Sólo 3 pacientes presentaron mejoría en el parámetro de función renal diferencial respecto el preoperatorio. El paciente que demostró curva postoperatoria obstructiva tampoco evidenció mejoría renográfica, requiriendo reintervención. La mediana de diámetros ecográficos preoperatorios fue: 27 mm (12-62) para pelvis y 10 mm (0-30) para cálices, con control postoperatorio de mediana 8 mm (0-30 mm) para pelvis y 0 mm (0-21) para cálices.

Conclusiones. La pieloplastia laparoscópica comportó una mejoría en los diámetros ecográficos y en la curva renográfica, aunque no se reflejaron grandes cambios en la función renal diferencial.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Pieloplastia laparoscópica. Estudio comparativo en diferentes grupos de edad.** García-Aparicio L¹, Palazón P², Martín O², Manzanares A², García-Smith N², Bejarano M², Rodo J¹, Ribó JM². ¹Unidad de Urología Pediátrica, Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Objetivos. El objetivo de este estudio es analizar si los resultados de la pieloplastia laparoscópica (PL) vienen determinados la edad del paciente.

Material y Métodos. Se han analizado las historias clínicas de los pacientes en los que se ha practicado una pieloplastia laparoscópica desde 2007 a 2011. Se han agrupado en tres grupos de edad: grupo 1 de 0 a 12 meses, grupo 2: de 13 meses a 7 años; y grupo 3: mayores de 7 años. Se han analizado los datos ecográficos pre y postoperatorios, el tiempo quirúrgico, la estancia media y las complicaciones.

Resultados. En este periodo de tiempo se practicaron 49 PL Grupo 1: 19 pacientes, grupo 2: 12 y grupo 3: 18. No existen diferencias significativas en los parámetros ecográficos preoperatorios entre los 3 grupos ($p > 0,05$). Una reconversión a cirugía abierta en el gru-

po 2. La mediana del tiempo quirúrgico ha sido de 150(90-240), 185 (120-325) y 210 (120-350) minutos en los grupos 1,2 y 3, respectivamente; existiendo diferencias significativas entre el grupo 1 y el resto. Hubo 6 complicaciones (5 fugas urinarias), sin existir diferencias entre los grupos. La mediana de estancia ha sido de 3, 4 y 5 días respectivamente, sólo habiendo diferencias significativas entre el grupo 1 y el resto. En cuanto a los resultados ecográficos postoperatorios no existen diferencias entre los grupos.

Conclusiones. La edad no es un límite para realizar una pieloplastia laparoscópica, solo existen diferencias significativas en el tiempo quirúrgico y la estancia media entre el grupo 1 y el resto; pero ello es debido a la curva de aprendizaje.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Complicaciones de las pieloplastias laparoscópicas.** Moreno Zegarra C, Cabezalí Barbancho DL, Fuentes Carretero S, Morante Valverde R, López Vázquez F, Aransay Bramtot A, Gómez Fraile, A. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción. La pieloplastia laparoscópica se ha convertido en un procedimiento rutinario para el tratamiento quirúrgico de la estenosis pieloureteral (EPU). Mostramos nuestra experiencia en esta técnica centrándonos en las complicaciones y las dificultades técnicas ante las que nos hemos encontrado.

Material y Métodos. Entre 2009 y 2011, hemos revisado retrospectivamente 22 niños con EPU con una edad media de 11,5 meses (rango: 5 meses- 13 años) En todos los pacientes se dejó un catéter transanastomótico: tipo doble J interno en 8 (37%) e interno-externo en 14 (63%). El seguimiento incluyó evaluación clínica, ecografía y renograma isotópico.

Resultados. Todos los procedimientos se completaron mediante laparoscopia no precisando conversión a cirugía abierta en ningún paciente. En 2 pacientes hubo complicaciones intraoperatorias (9%): rasgado del uréter distal al introducir el catéter transanastomótico. En el 90% se dejó un drenaje perianastomótico. Presentaron complicaciones en el postoperatorio 9 casos (54,5%), que consistieron en: 4 desplazamientos del catéter transanastomótico, 2 pielonefritis, 1 hematoma retroperitoneal, 2 reestenosis (una precisó reintervención abierta y la otra dilatación y doble J) y 1 fuga anastomótica. La estancia media fue de 3,5 días (rango: 2-7 días) con un tiempo de seguimiento medio de 18 meses.

Conclusiones. La pieloplastia laparoscópica es factible, eficaz y segura pero no exenta de complicaciones. Se trata de una técnica laparoscópica compleja que precisa de una curva de aprendizaje larga, necesaria para adquirir experiencia y poder superar las dificultades técnicas consiguiendo disminuir las complicaciones y mejorar el tiempo quirúrgico.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **¿Es la impresión intraoperatoria del cirujano una herramienta válida para predecir el resultado del tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral?** Tardáguila Calvo AR, Parente Hernández A, Angulo Madero JM, Romero Ruiz RM, Rivas Villa S, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Pese a la experiencia acumulada en el tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU), seguimos necesitando realizar pruebas diagnósticas invasivas postoperatorias para valorar su eficacia. Nuestro objetivo es evaluar la precisión de la impresión intraoperatoria del cirujano como predictor de los resultados del tratamiento endourológico, a fin de evitar procedimientos diagnósticos posteriores

Material y Métodos. Realizamos un estudio prospectivo de los pacientes sometidos a tratamiento endoscópico del RVU durante un año, en total 101 unidades renales. Recogimos la edad, sexo, lado, duplicidad, grado del reflujo, patología asociada, tipo de material inyectado y la opinión de cirujano y ayudante sobre la curación o no del RVU tras la intervención. Se comparó este último dato con el resultado de la cistouretrografía miccional o la ecocistisonografía postoperatoria.

Resultados. La tasa de curación por tratamiento fue del 77,2%. El valor predictivo positivo (PPV) de la impresión intraoperatoria del cirujano fue 0,80 y el negativo (VPN) fue 0,33. El análisis estadístico demostró baja correlación entre la opinión del cirujano y la tasa de curación $f = 0,014$ ($p=30$), mientras que el VPP del ayudante fue 0,81 y el VPN 0,33, $f = 0,15$ ($p=0,13$). La coincidencia de opinión entre el cirujano y el asistente tuvo un VPP de 0,79 y VPN de 0,57 ($f = 0,25$). La concordancia entre impresión y curación no aumentó al asociarse a los otros factores estudiados (grado RVU, material, patología asociada...).

Conclusiones. En nuestra experiencia, la opinión del cirujano no es una herramienta válida para predecir los resultados obtenidos con el tratamiento endoscópico

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Megaureter primario obstructivo: experiencia con la dilatación neumática.** Mangas Álvarez L, Serrano Durbá A, Gómez-Chacón Villalba J, Cortes Sáez J, Domínguez Hinarejos C, García Ibarra F. *Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.*

Objetivos. Presentar nuestros resultados con la dilatación neumática endoscópica (DNE) en el tratamiento del megaureter primario obstructivo (MPO), comparándolos con cirugía abierta (CA).

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de los MPO tratados entre 2001 y 2004 mediante CA y a partir de 2005 con DNE.

Variable principal: diferencia en función renal porcentual (FRP) pre y post-tratamiento. Otras variables: edad, tiempo hasta el tratamiento, patrón del renograma, grado de dilatación del tracto urinario en ecografía post-tratamiento, grado de dilatación final, FRP pre y post-tratamiento, complicaciones, reintervenciones y días de ingreso total.

Estudio estadístico con test Chi-cuadrado para variables cualitativas, U de Mann-Whitney en cuantitativas independientes y Wilcoxon en cuantitativas apareadas.

Resultados. 24 pacientes, 27 unidades renales: 9 CA (mediana edad: 1,58 años) y 18 DNE (mediana edad: 2,45 años). La mediana de días de estancia total en DNE es 5 y en CA 8. Ambos grupos son comparables en cuanto a datos demográficos y clínicos.

En el grupo CA no hubo reintervenciones. En el grupo DNE no hubo complicaciones inmediatas, describiéndose 3 ascensos y 1 nudo de doble J. Un paciente precisó dos dilataciones y tres (16,6%) requirieron CA.

No hubieron diferencias en el grupo de DNE en la FRP post-pre tratamiento y sí se encontraron en CA ($p 0,04$), si bien no se realizó control postintervención en 4 pacientes (44,4%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables.

Conclusiones. La DNE es una alternativa eficaz en el tratamiento de MPO y parece disminuir la necesidad de CA.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

COMUNICACIONES ORALES X: CIRUGÍA UROLÓGICA

- **Obstrucción de la unión vesicoureteral (UVU) tras el tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU) con Dx/HA. Causas y tratamiento.** García-Aparicio L¹, Palazón P², Martín O², Manzanares A², García-Smith N², Bejarano M², Krauel L², Aranda MJ¹, Rodó J¹. ¹Unidad de Urología, Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. *Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. Presentamos los casos de obstrucción de la UVU tras el tratamiento del RVU con Dx/HA.

Material y Métodos. Hemos revisado las historias clínicas de los pacientes con obstrucción de la UVU tras tratamiento con Dx/HA del RVU desde Abril de 2002 a Abril 2011.

Resultados. 5 uréteres han sufrido obstrucción de la UVU de los 475 tratados con Dx/HA. En tres, la obstrucción se produjo tras un segundo tratamiento del RVU. La mediana de Dx/HA inyectado fue de 1 ml. (0.6-1.1). La mediana del diámetro de la pelvis renal, cálices y ureter distal antes del tratamiento con Dx/HA fue de 0 (0-18), 0 (0-12) y 0 (0-5) respectivamente. Tras el tratamiento con Dx/HA el diámetro de la pelvis, cálices y uréter distal fue de 20 (9-22), 8 (0-13) y 11 (5-13) respectivamente.

La presentación clínica fue aguda en dos casos y se resolvieron con un stent. Los otros tres, la ureterohidronefrosis se presentó de forma gradual; uno requirió una nefroureterectomía por pobre función renal, y los otros dos se resolvieron mediante la dilatación con catéter-balón de alta presión de la UVU.

La mediana de los diámetros de la pelvis, cálices y uréter distal tras el tratamiento de la obstrucción de la UVU fue de 3 (0-10), 0 (0-8), y 0 (0-13) respectivamente.

Conclusiones. La obstrucción de la UVU tras el tratamiento con Dx/HA es rara. Las causas pueden ser dos: edema de la UVU, y la presencia de un megaureter obstructivo refluente. La endourología ha sido eficaz en el tratamiento de la obstrucción.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Anatomía de la unión epidídimo-testicular en el maldescenso testicular.** Tirado Pascual M, Recober Montilla A, Ruiz Cateña MJ, Míeles Cerchar M, Galiano Duro E, García Mérida M. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. Conocer la anatomía de la unión epidídimo-testicular (ET) en niños con testículos maldescendidos (TM), la frecuencia de las mismas en nuestro medio y si estas anomalías guardan alguna relación con altura del testículo, existencia de hernia inguinal y si estos testículos presentan otras anomalías asociadas.

Material y Métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo basado en una hoja operatoria específica de TM que se elaboró a finales de los 80 y se modificó en 2001 para adaptarla a la laparoscopia en los testículos no palpables.

Resultados. 139 niños con 180 testículos afectados (41 casos bilaterales). El lado afecto fue el derecho. La edad media de los pacientes intervenidos fue de 62 meses (rango de 12 a 163). Las localizaciones más frecuentes intraoperatorias de los testículos fueron: canal inguinal (70), seguidos del orificio superficial (41) y del profundo (29). Según la clasificación de Turek, encontramos 36 (20%) de tipo 1, 95 (52.78%) de tipo 2 (anatomía normal), 19 (10.56%) de tipo 3, 10 (5.57%) de tipo 4, 19 (10.56%) de tipo 5, 1 (0.6%) de tipo 6. Se analizan las anomalías ET con la posición del TM, la existencia de hernia inguinal, hipoplasia testicular y existencia de apéndices testiculares.

Conclusiones. La anatomía ET es variada pero solo una parte de las anomalías (16%, tipos 4, 5 y 6) podría ser causa de azoospermia obstructiva, por lo que esta malformación no contradice el tratamiento precoz del TM.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Escrotoplastia de relleno con ácido hialurónico como alternativa mínimamente invasiva para aumentar el volumen escrotal hasta la pubertad.** Martín-Crespo Izquierdo R¹, Luque Pérez AL², Carrera Guermeur N¹, Ramírez Velandia H¹, Luque Mialdea R¹. ¹Unidad de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Toledo. ²Alumna 6^o Facultad Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos. Existe una controversia sobre la implantación de prótesis testicular en el niño pequeño, debido a la necesidad de recambio de la prótesis en la pubertad. La alternativa es retrasar su implantación definitiva hasta la adolescencia. Sin embargo, la hipoplasia escrotal puede dificultar la acomodación de la prótesis del tamaño deseado. Presentamos la escrotoplastia de relleno mediante la inyección de ácido hialurónico como una alternativa mínimamente invasiva para aumentar el volumen escrotal hasta la pubertad.

Material y Métodos. Estudio prospectivo de 35 niños varones menores de siete años de edad con el diagnóstico de agenesia testicular o Síndrome del teste perdido, desde noviembre 2007 hasta octubre 2011. Escrotoplastia de relleno mediante inyección intraescrotal de ácido hialurónico hasta aumentar de forma simétrica el volumen del hemiescrotal vacío respecto al contralateral. Seguimiento medio de 24 meses.

Resultados. La única complicación ha sido la reabsorción precoz en dos pacientes a los 8 y 10 meses de la implantación, respectivamente. En el seguimiento a largo plazo, el 100% de los padres consideran que la apariencia cosmética es buena y el 94% están contentos con la decisión del implante, con independencia de si han sido re-tratados.

Conclusiones. La escrotoplastia de relleno proporciona un aumento satisfactorio del volumen escrotal. Se asocia a un alto grado de satisfacción familiar, con buenos resultados a largo plazo. Convierte a la implantación protésica en un procedimiento simple mínimamente invasivo que puede realizarse durante la exploración diagnóstica o la orquiectomía. Esta técnica puede repetirse hasta la prótesis definitiva post-puberal.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Cambio de actitud terapéutica en los quistes epididimarios.** González Temprano N, Molina Caballero A, Ayuso González L, Martínez Bermejo MA, Bento Bravo L. *Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

Objetivos. La actitud en los quistes de epidídimo del adolescente, benignos y frecuentemente de diagnóstico casual, sigue siendo objeto de controversia. Las posibilidades terapéuticas van desde la cirugía, punción y escleroterapia hasta seguimiento clínico y ecográfico. Revisamos nuestra experiencia en los últimos 11 años con el propósito de evaluar el manejo de esta patología.

Material y Métodos. Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos tras diagnóstico clínico y confirmación ecográfica de quistes de epidídimo entre 2000 y 2011. Incluimos 35 pacientes y analizamos antecedentes del embarazo, edad de diagnóstico, síntoma inicial, tamaño ecográfico del quiste, localización, lateralidad, estancia hospitalaria, complicaciones y estudio anatomopatológico.

Resultados. No hubo antecedentes de tratamiento hormonal materno. La edad media fue de 12,8 años. Fueron hallazgos casuales un 20% de los casos, mientras que un 11% percibió sensación de tumoración escrotal y solo un 6% presentó dolor. No existe un lado dominante y un 11% fueron bilaterales. La mayoría se localizaron en la cabeza del epidídimo. En 2 casos se asoció varicocele contralateral y no encontramos episodios de torsión testicular intermitente. No hubo complicaciones quirúrgicas y el 85% se realizó sin ingreso. Todos los casos fueron anatomopatológicamente quistes simples.

Conclusiones. Teniendo en cuenta que se trata de una patología benigna y de tratamiento quirúrgico sencillo, consideramos, a la vista de la revisión bibliográfica más reciente, replantearnos un cambio de actitud terapéutica: realizar seguimiento clínico-ecográfico, reservando la cirugía sólo para los pacientes sintomáticos o que hayan presentado algún episodio de torsión testicular intermitente.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Papel del urólogo pediátrico en el tratamiento de la hiperplasia suprarrenal congénita: estudio de satisfacción y aspectos psicosociales.** Martínez Criado Y, Requena M, Gómez Gila AL, Fernández Hurtado M, Barrero Candau R, García Merino F. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen Del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Estudiar el papel del urólogo en el tratamiento de la HSC y la satisfacción de familiares y pacientes, para identificar los aspectos psicosociales que podemos mejorar.

Material y Métodos. Estudio retrospectivos de niñas con HSC tratadas en nuestro centro. Revisamos las historias clínicas, analizando las variables: lugar de nacimiento, edad de diagnóstico, cirugía, complicaciones y seguimiento posterior.

Análisis de la satisfacción y psicosocial mediante encuesta telefónica.

Resultados. Entre 1975-2011, 25 niñas con HSC han sido tratadas en nuestro centro.

Se realizó cistoscopia/vaginoscopia previa clitoroplastia en el 68% (16 niñas), añadiendo vulvovaginoplastia al 40% y descenso vaginal al 20%. El 32% no precisó cirugía al ser estadio I de Prader.

La edad media fue de $8,78 \pm 2,30$ meses. La estenosis vaginal fue la principal complicación (36%), realizándose introitoplastia en dos niñas, ampliación vaginal en otras 2 y dilataciones en el resto.

Se hicieron 15 encuestas, todos manifestaron satisfacción con el tratamiento, sólo el 6,67% refirió escasez información. Con los resultados estéticos de la genitoplastia un 20% mostraron insatisfacción.

La preocupación familiar fue constante en el 60%, siendo esporádica en el resto. El 13,3% requirió apoyo psicológico.

Actualmente el 80% llevan una vida psicosocial normal.

Conclusiones. La HSC requiere de un correcto tratamiento multidisciplinar desde el nacimiento para permitir un adecuado desarrollo psicosocial.

El urólogo pediátrico tiene un importante peso en el tratamiento multidisciplinar. Realizando la genitoplastia feminizante precoz disminuye el impacto familiar y aumenta la satisfacción. El seguimiento prolongado permitirá la detección y tratamiento de las complicaciones.

Forma de presentación: Oral 3 minutos.

- **Desconexión cervico-uretral en niños: resultados a largo plazo.** Hernández Martín S, López Pereira P, Lobato Romera R, Martínez Urrutia MJ, Iriarte Gahete M, Moreno Valle JA, Jauguizar Monereo E. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. Evaluar los resultados a largo plazo de la desconexión cervico-uretral (DCU) por incontinencia urinaria.

Material y Métodos. Tratamos con DCU 21 pacientes (13V, 8M) de 12 (4-22) años e incontinencia refractaria a intentos de incrementar la resistencia esfinteriana. Quince tenían extrofia vesical, 5 extrofia cloacal y 1 vejiga neuropática. Previamente a la DCU se realizaron: 15 reconstrucciones cervicales, colocación de 1 esfínter artificial y 4 inyecciones de polidimetilsiloxano en cuello; y simultáneamente, ampliación vesical en 18. Para cateterismo intermitente se utilizó apéndice en 14, uréter en 3, e intestino en 4. Analizamos la efectividad y complicaciones tardías del procedimiento, así como la disfunción eréctil (IIEF-5) y el espermiograma en varones.

Resultados. El seguimiento fue de 9 años (1-16) y la edad final de 21 (12-31). Todos los pacientes están secos aunque 4 precisaron recierre por fístula urinaria. A largo plazo, 9 presentaron litiasis vesicales, 2 perforación vesical, 1 orquitis de repetición y 8 complicaciones estomacales que requirieron cirugía (5 estenosis y 4 incontinencia). De los 10 varones >18 a, 9 completaron el cuestionario de disfunción eréctil: 5 refieren volumen de eyaculado normal, 3 escaso y 1 ausente. La eyeción fue débil en todos. Dos tenían disfunción eréctil (score 10 y 12). Los datos de los espermiogramas están pendientes.

Conclusiones. La DCU consigue continencia urinaria en pacientes en quienes han fracasado otros procedimientos, aunque precisan un seguimiento de por vida. Las complicaciones tardías más frecuentes se debieron al conducto cateterizable y a la litiasis. Todos los pacientes eyaculan sin fuerza y un pequeño porcentaje tiene disfunción eréctil.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **Pieloplastia robótica: primeras experiencias.** Asensio M, Gander R, Royo G, Curbelo M. *Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.*

Objetivos. Analizar nuestra experiencia inicial en la práctica de pieloplastias robóticas y describir sus ventajas sobre la cirugía laparoscópica, gold estándar actual para esta patología.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de los casos pediátricos intervenidos de pieloplastia mediante laparoscopia asistida por el robot Da Vinci entre marzo de 2010 y diciembre de 2011. En todos los casos se ha practicado un abordaje transperitoneal con colocación de 4 trocares (3 robóticos y 1 trocar convencional auxiliar). La técnica utilizada fue la pieloplastia desmembrada tipo Anderson-Hynes tutorizada.

Resultados. Se intervinieron 7 pacientes (6 varones y 1 mujer) con una mediana de edad a la intervención de 9 años (DT: 2,96). La media de peso fue de 33,08 kilos (r: 19-49). En un paciente se trataba de una reintervención de una pieloplastia abierta practicada 10 años antes. Todos los pacientes, excepto uno, se completaron por robot. La única reconversión a cirugía abierta se realizó por dificultad en la colocación del catéter doble-J por una estenosis en la unión ureterovesical. No aparecieron otras complicaciones intraoperatorias. La media de tiempo quirúrgico fue de 201,7 minutos (r: 125-252) y la media de tiempo de docking para el robot de 29 minutos (r: 11-50). La media de estancia hospitalaria fue de 3,33 días (r: 2-4). El seguimiento medio fue de 9,3 meses (r: 1-22) y en la actualidad todos los pacientes se encuentran asintomáticos.

Conclusiones. Nuestra experiencia inicial demuestra que la pieloplastia robótica mejora los resultados de la pieloplastia laparoscópica, manteniendo todas sus ventajas y acortando radicalmente la curva de aprendizaje.

Forma de presentación: Oral 5 minutos.

- **V.13 Uréter ectópico extravesical y duplicación renal completa en la niña: uretero-ureterostomía por abordaje retroperitoneoscópico asistido.** Martín-Crespo Izquierdo RM¹, Luque Pérez AL², Carrera Guermeur N¹, Ramírez Velandia HJ¹, Luque Mialdea R¹. ¹Complejo Hospitalario de Toledo. ²Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos. Valorar el uso del abordaje retroperitoneoscópico para la realización de uretero-ureterostomía en caso de duplicación renal completa con uréter ectópico extravesical y con función renal conservada del pielón correspondiente.

Material y Métodos. Presentamos dos pacientes de sexo femenino que cursan con infección urinaria (n=2) e incontinencia urinaria continua (n=1). La metodología diagnóstica objetivó: duplicación renal completa con uréter ectópico extravesical bilateral vaginal (n=1) y unilateral uretral infraesfinteriano (n=1). Los hemirriñones correspondientes al uréter ectópico (superiores) mantenían en ambos casos, una función renal conservada por gammagrafía. Indicamos la realización de uretero-ureterostomía asistida por abordaje retroperitoneoscópico en ambos casos. La técnica desarrollada consistió en: Cistoscopia con tutorización de uréteres ortotópicos a hemirriñón inferior. Posición de lumbotomía. Tres puertos, disección hidrostática con balón del retroperitoneo. Identificación y disección de ambos uréteres y exteriorización de los mismos por primer puerto. Uretero-ureterostomía derivando el megauréter ectópico al normal, mediante anastomosis término-lateral extracorpórea, previa tutorización transanastomótica del uréter dilatado a

hemirriñón superior. Reincorporación de ambos uréteres a la cavidad retroperitoneal.

Resultados. En todas las unidades renales se ha mantenido la función y comprobado el adecuado paso de orina por la neoanastomosis ureteral mediante cistoscopia y pielografía ascendente al mes y urografía descendente al tercer mes postoperatorio.

Conclusiones. El abordaje retroperitoneoscópico facilita la identificación, disección y anastomosis ureteral extracorpórea, con disminución del tiempo operatorio respecto a la cirugía convencional y con las ventajas de una cirugía mínimamente invasiva.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.12 Tratamiento endoscópico de estenosis uretral post-traumática con cutting balloon.** Hernández Anselmi E¹, González Piñera J¹, Argumosa Salazar Y¹, Carrión P², Marijuán Sahuquillo V¹, Fernández Córdoba MS¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos. Comunicar nuestra experiencia en el tratamiento de un caso de estenosis uretral post-traumática por vía endoscópica con cutting balloon (catéter balón de angioplastia de corte frío).

Material y Métodos. Caso clínico.

Resultados. Varón de 12 años con estenosis uretral post-traumática tras traumatismo perineal por caída al borde de la piscina.

A los 20 días del traumatismo se realiza uretrrocistoscopia, apreciando estenosis completa a nivel de la uretra bulbar, practicando dilatación neumática con balón de dilatación ureteral (Cook 5 Fr) a 60 PSI durante 3 minutos bajo escopia, dejando Foley 14 Fr a vejiga.

Dos meses después presenta disminución del flujo miccional con flujometría obstructiva, constatando estenosis cicatricial recidivada en uretra bulbar con tejido de granulación. Se practica exéresis del tejido de granulación y nueva dilatación neumática con balón de alta presión de 10 mm de diámetro a 12 atmósferas (2 tandas secuenciales de 2 minutos cada una), dejando Foley 14 Fr. Al cabo de mes y medio se repite el cuadro clínico, con recidiva de la estenosis del 90%, realizando dilataciones seriadas (3) durante 1 minuto cada una con catéter balón de angioplastia de corte frío (*Boston Scientific Cutting Balloon* 7 mm diámetro/2 cm longitud), dejando Foley 16 Fr.

A los 2 meses del procedimiento el paciente presenta buen chorro miccional sin clínica miccional, con flujometría sin hallazgos obstructivos.

Conclusiones. Pensamos que la dilatación con cutting balloon ha resultado más efectiva que la dilatación neumática dado que realiza cortes radiales secuenciales en toda la estenosis al girar el balón durante el procedimiento.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.10 Diverticulectomía por neumovesicoscopia.** Tardáguila Calvo AR, Romero Ruiz RM, Parente Hernández A, Angulo Madero JM, Rivas Villa S, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Describir la técnica de diverticulectomía neumovesicoscópica y nuestra experiencia con su uso

Material y Métodos. Desde 2010 hemos realizado este procedimiento en 3 niños (edad media 4,5 años) con divertículos vesicales sintomáticos.

En el vídeo mostramos un niño de 5 años con antecedente de válvulas de uretra posterior, con un divertículo yuxtaureteral derecho sintomático (infecciones urinarias de repetición y alteración del vaciamiento vesical)

Bajo visión cistoscópica colocamos un catéter doble J en el uréter, fijamos la vejiga a la pared abdominal percutáneamente y colocamos un trócar de 5 mm en línea media para óptica y dos trócares suprapúbicos izquierdos. Insuflamos en la vejiga CO₂ a 12 mmHg. Para prevenir la pérdida de gas colocamos una sonda de Foley de 12 Fr. Invertimos el divertículo hacia la vejiga e incidimos la mucosa a nivel del cuello con gancho monopolar. La disección y excisión del divertículo se realizó con disección roma, monopolar y tijeras. Finalmente cerramos el defecto con puntos sueltos y retiramos el doble J.

Resultados. El tiempo quirúrgico fue de 110 minutos. La sonda vesical se mantuvo 48 horas. Se precisó analgesia mínima y todos los pacientes fueron dados de alta al tercer día. Los primeros días refirieron mínimas molestias miccionales, sin dolor franco. A los seis meses realizamos ecografía y cistouretrografía que confirmaron la desaparición del divertículo. Las cicatrices fueron imperceptibles.

Conclusiones. En nuestra experiencia la diverticulectomía vesical por abordaje neumovesicoscópico es una opción válida y exitosa que reduce el tiempo de ingreso y el dolor postoperatorio con resultado estético excelente.

Forma de presentación: Vídeo

PRESENTACIÓN ORAL DE VÍDEOS SELECCIONADOS

- **V.1 Quiste de colédoco. Técnica de hepaticoduodenostomía laparoscópica.** Cortés Sáez J, Vila Carbó JJ, Ibáñez Pradas V, Couso Jerez M. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. El quiste de colédoco afecta a 1 de cada 10.000 recién nacidos. El tratamiento es resección y derivación bilioentérica. Comúnmente se realiza derivación a yeyuno en Y de Roux. Algunos optan por hepaticoduodenostomía por la mayor sencillez y similar incidencia de complicaciones. Presentamos esta última técnica laparoscópica.

Material y Métodos. Niña de 12 meses con fiebre e ictericia, pérdida de apetito y disminución de 1,8 kg en 2 semanas. Hepatomegalia de 2 cm. En la analítica aumento de transaminasas, bilirrubina (9,27 mg/dl), y GGT (1065 U/L). Se realiza ecografía y colangiorensonancia diagnosticándose quiste de colédoco de tipo IV de Todani.

Por laparoscopia se reseca vesícula biliar. Se introduce catéter en cístico para colangiografía intraoperatoria, confirmándose el diagnóstico, apreciándose dilatación de la vía intrahepática. Se reseca el quiste y se realiza anastomosis del hepático común a segunda porción duodenal.

Resultados. El postoperatorio inmediato fue favorable. Inició alimentación oral el 6º día y fue alta el 13º día. La bilirrubina disminuyó progresivamente, siendo la cifra al alta de 1,9 mg/dl. Transcurrido un año persisten cifras normales y ecografía sin alteraciones.

Conclusiones. La hepaticoduodenostomía resultó más sencilla comparada con la hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Una ventaja es que el segmento intestinal al que se anastomosa está fijo, al contrario que en la Y de Roux, en la que el yeyuno es móvil, dificultando la sutura.

Toda la intervención se llevó a cabo intraabdominal, al contrario que en la hepaticoyeyunostomía, en la que extraemos un segmento intestinal fuera del abdomen para realizar la Y de Roux.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.2 Autotrasplante intestinal en ratas: descripción del modelo y experiencia inicial.** López Fernández S¹, Hernández Oliveros F¹, Navarro Zorraquino M², Pastor Oliver C², Gómez-Arrue Azpiazu J³, Hernández Martín S¹, Andrés Moreno AM¹, López Santamaría M¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Departamento de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Zaragoza. ³Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Objetivos. Nuestro objetivo es describir nuestro modelo de autotrasplante intestinal (ATI) en ratas a fin de establecer su utilidad como grupo control en estudios de trasplante intestinal. Se muestra con detalle la técnica quirúrgica y los resultados postoperatorios de la experiencia inicial con este modelo.

Material y Métodos. Se realizaron 16 ATI en ratas Wistar. El autoinjerto intestinal se constituyó desde la parte medial del yeyuno hasta las proximidades de la válvula ileo-cecal, con un pedículo vascular formado por la arteria y vena mesentéricas superiores, seleccionando el punto de corte en función de la salida de los vasos cólicos derechos, respetando los mismos. La revascularización se llevó a cabo mediante anastomosis término-laterales entre arteria mesentérica superior y aorta y vena mesentérica superior y vena cava. Tras la reperfusión se restableció la continuidad intestinal.

Resultados. Las medianas del tiempo quirúrgico total y del tiempo de isquemia caliente fueron de 135 (105-170) minutos y 32 (27-40) minutos respectivamente. Excluyendo los fallecimientos durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato debido a hemorragia excesiva intraoperatoria (5 casos), la supervivencia a los 7 días fue del 45,5%. Las causas de fallecimiento fueron 3 peritonitis fecaloideas debido a dehiscencia de la anastomosis intestinal distal y 3 trombosis mesentéricas.

Conclusiones. Este modelo de ATI en ratas es útil como control en investigaciones sobre el trasplante intestinal ya que reproduce los pasos quirúrgicos realizados en los trasplantes intestinales eliminando la posibilidad de rechazo. La técnica microquirúrgica es compleja, pero una vez dominada los resultados en cuanto a supervivencia son alentadores.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.3 Embolización de los vasos tumorales facilita la cirugía del neuroblastoma.** Domènech Tàrrega AB, Bordallo M, Marco Macián A, Moratalla Jareño T. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València.*

Objetivos. El objetivo del presente artículo pretende mostrar que la embolización previa de los vasos que irrigan el tumor consigue una cirugía exangüe facilitando con ello la exéresis radical del tumor.

Material y Métodos. Descripción de una serie de casos de pacientes pediátricos con neuroblastoma en los que el tumor englobaba vasos y estructuras principales (como la aorta, subclavia y esófago en el Caso 1 y arterias ilíacas y sus divisiones en el Caso 2). Se realizó intervencionismo vascular prequirúrgico, donde se embolizaron con cateterismo selectivo las arterias que nutrían la tumoración.

Resultados. La embolización se realizó mediante partículas de polivinil alcohol consiguiéndose una devascularización importante de la lesión (aprox 70-80% del tumorograma). Sin complicaciones inmediatas. La cirugía se llevó a cabo 48 horas posteriores a la embolización, para evitar así la revascularización del tumor que es precoz. La cirugía se desarrolló en un campo quirúrgico completamente exangüe. Por ello, la paciente del Caso 1 no precisó transfusión sanguínea. Los pacientes evolucionaron de forma satisfactoria tras la cirugía, desapareciendo en el Caso 1 la diarrea secretora por VIP en el postoperatorio inmediato.

Actualmente los pacientes están siendo controlados en Consultas Externas, con buena evolución y sin ninguna complicación postoperatoria.

Conclusiones. La embolización previa de los vasos tumorales mediante cateterismo selectivo es un proceso seguro y efectivo a la hora de facilitar la cirugía a pesar de englobar grandes vasos porque ofrece un campo quirúrgico exangüe.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.4 Evolución de la técnica de Nuss en el Pectus Excavatum.** Molina Caballero A, González Temprano N, Conde Cortés J, Martínez Bermejo MA, Bento Bravo L. *Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

Objetivos. Desde el año 1999, empleamos en nuestro servicio la técnica de Nuss para la corrección del Pectus Excavatum. En los últimos años, se han sumado algunas modificaciones al método original, encaminadas a facilitar el procedimiento y minimizar las complicaciones inmediatas y tardías. La presentación de estas variantes técnicas, es el objetivo de este vídeo.

Material y Métodos. Siguiendo las recomendaciones de Nuss, hemos ido modificando la técnica en los siguientes apartados:

- Introducción de la férula 1-2 cm medial al punto más prominente de la cresta del embudo, evitando con esto el volteo de la misma.
- Colocación de un solo estabilizador en el lado izquierdo; es igual de eficaz que los dos estabilizadores, no se produce constricción en la pared costal de los pacientes en crecimiento y facilita la retirada de la férula.
- Cerclaje toracoscópico pericostal con tres puntos de fijación en el extremo distal derecho de la férula evitando así los desplazamientos de la misma.
- Sólo empleamos tres puntos de fijación entre la musculatura y el orificio del extremo derecho de la férula, lo que acorta bastante el tiempo operatorio.

Resultados. Desde el empleo de estas variantes, hemos tenido una importante mejoría de los resultados

Conclusiones. Todas estas variantes han proporcionado una mayor estabilidad del sistema, reducido el tiempo quirúrgico y eliminado las posibilidades de desplazamiento de la férula, con lo que se ha conseguido una importante mejoría de los resultados.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.5 Nuss invertido en el tratamiento del pectus carinatum.** Bardají C, García-Núñez B, Brun N, San Vicente B, Sánchez B, Rigol S, Obiols P, Mesa JC, López S. *Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. El tratamiento quirúrgico clásico del pectus carinatum (PC) ha sido siempre la toracoplastia subpericondral de Ravitch-Welch (RWT). No obstante la toracoplastia mínimamente invasiva descrita por Nuss para el tratamiento del pectus excavatum (PE) ha sido recientemente aplicada por diversos autores para la corrección del PC. El emplazamiento de la Pectus Bar (Walter Lorenz) es subcutáneo y anterior al esternón y se denomina Nuss

Material y Métodos. Presentamos un vídeo en el que se describe el NI para la corrección de un PC asimétrico en un joven de 16 años de edad.

Resultados. El paciente se coloca en decúbito supino con los dos brazos en abducción. Se practica una anestesia general convencional con intubación orotraqueal. En este caso la toracoscopia no es necesaria. Dos pequeñas incisiones laterales se efectúan en líneas medioaxilares a la altura de la máxima prominencia del PC. Por disección roma se confecciona un túnel que pasa por debajo de ambos pectorales mayores y por encima del cuerpo esternal. Se modela una Pectus Bar con la curvatura deseada que se inserta de forma guiada mediante una cinta a través del túnel con la concavidad de la misma frente al cuerpo esternal. Se fijan dos estabilizadores laterales (Walter Lorenz) mediante hilo de alambre a las mejores costillas.

Conclusiones. La Pectus Bar es deslizada a través de los surcos de los estabilizadores ejerciendo una presión sobre el tórax, reduciendo así la deformación. La barra es fijada finalmente en la posición deseada mediante hilo de alambre y se cierran las dos incisiones.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.6 Osteocondroma costal.** Velázquez Frago L. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

Objetivos. Los tumores primarios de la pared torácica son un grupo heterogéneo de neoplasias. Son tumores raros, con una incidencia < 2% de la población y representan aproximadamente el 5% de todas las neoplasias torácicas. Presentamos el caso de una paciente con un osteocondroma costal, el tumor benigno óseo más frecuente de la pared costal.

Material y Métodos. Caso clínico: Niña de 12 años que presenta dolor torácico de 24 horas de evolución de inicio súbito en hemitórax derecho. A la exploración física destaca hipoventilación de hemitórax derecho. En la radiografía de tórax se objetiva neumotórax derecho espontáneo de aprox. 33% del campo pulmonar, resistente a tratamiento médico convencional por lo que se realiza TAC torácico donde se objetiva tumoración costal de características radio-

lógicas benignas a modo de excrecencia ósea del 5º arco costal anterior derecho de 3 cm de longitud.

Resultados. Con diagnóstico de exóstosis costal se decide intervención quirúrgica realizándose exéresis completa de la lesión por vía toracoscópica.

Conclusiones. Los osteocondromas costales son entidades clínicas raras pero pueden producir complicaciones importantes como hemo-neumotórax entre otras. La toracoscopia demuestra actualmente ser una vía de acceso segura, mínimamente invasiva y eficaz para el tratamiento quirúrgico de este tipo de lesiones en comparación con la toracotomía clásica, presentando los pacientes menor morbilidad con recuperación y alta hospitalaria más precoz.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.7 Reconstrucción traqueal con pericardio y puentes de cartílago costal en un caso de estenosis traqueal congénita.** Ramírez M, De la Torre CA, Chocarro G, López Fernández S, Hernández F, Vázquez J, Borches D, Calderón B, Castro L, Albajara L, López Santamaría M, Tovar JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La reconstrucción de la vía aérea en los niños con estenosis traqueal congénita de gran longitud, en los que no es posible una traqueoplastia deslizante, plantea grandes problemas técnicos. En este vídeo, presentamos el tratamiento de un caso particularmente complejo.

Material y Métodos. Revisión de técnica quirúrgica, complicaciones y resultados en un paciente con estenosis traqueal congénita larga.

Resultados. Se trata de un neonato de 3,5 kg (37 semanas EG) remitido en helicóptero tras tres paradas respiratorias y dificultades para la intubación. Dada su situación, precisó ECMO arteriovenoso. Tras su estabilización, se diagnosticó mediante TAC y broncoscopia, una estenosis traqueal desde segundo anillo traqueal hasta carina (1,2 mmØ) con doble arco aórtico.

Se realizó una traqueoplastia deslizante combinada con injerto de pericardio reforzado con puentes de cartílago costal en la zona superior de la lesión. Tras una mediastinitis por dehiscencia, requirió una segunda traqueoplastia deslizante en la zona de la primera traqueoplastia, la zona tratada con puentes de cartílago se encontraba en buen estado. Tras la segunda traqueoplastia el paciente fue extubado, aunque precisó tres sesiones de dilatación con balón de angioplastia. Después de un seguimiento de dos años el niño hace vida normal y la broncoscopia muestra una vía aérea con una conformación atípica pero de calibre normal.

Conclusiones. Aunque complejo, la reparación traqueal en este paciente se ha alcanzado de manera satisfactoria en el momento actual.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.8 Simplificación de la técnica de plicatura diafragmática por toracoscopia.** De Agustín Asensio JC, Matute de Cárdenas JA. *Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Los cirujanos pediátricos realizamos escasas plicaturas diafragmáticas. La simplificación de este procedimiento podría ayudar a expandir este área en nuestra especialidad. Presentamos un

Nuevo método de plicatura diafragmática mediante cirugía de mínima invasión y sus primeros resultados.

Material y Métodos. Sólo utilizamos dos puertos de 3 mm y una aguja de punción epidural. Se introduce la aguja en la parte más baja del diafragma en su inserción costal posterior y se le imprime un movimiento postero-anterior para evitar daño a las estructuras mediastínicas. Se va puncionando el diafragma a diferentes tramos y se pasa una sutura de monofilamento no reabsorbible a través de su luz. Se extraen los dos extremos de la sutura con una pinza de agarre de 3 mm. Se anuda mediante técnica extracorpórea. Se repite este movimiento varias veces hasta que queda el diafragma totalmente plicado permitiendo la completa expansión del pulmón. Analizamos nuestros primeros pacientes (datos demográficos y clínicos).

Resultados. Se han intervenido 5 pacientes con éste método desde mayo de 2011, 3 varones 2 mujeres con edad media de 6 meses (1 a 23 meses). El diagnóstico de base ha sido eventración diafragmática en 1 y parálisis frénica en 4 (2 trasposición de grandes vasos, 1 Fallot y una estenosis traqueal congénita con una parálisis bilateral) 4 requirieron ventilación mecánica y el último una traqueostomía. El tiempo media de intervención ha sido de 70

Conclusiones. La Plicatura diafragmática con aguja es un procedimiento quirúrgico simple y reproducible. Ha reemplazado nuestra técnica estándar de videotoroscopia asistida ya utilizada en 29 pacientes.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.9 Utilidad del laser eraser en la extirpación de metástasis pulmonares en la infancia.** Souto Romero H¹, Alonso Calderón JL¹, Ollero Caprani JM¹, Varela A², Rodríguez de Alarcón García J¹, Espinosa Góngora R¹, Luis Huertas AL¹, Riñón Pastor C¹, Miguel Ferrero M¹. ¹Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. La Extirpación de metástasis pulmonares (MP) es imprescindible para aumentar la supervivencia de pacientes con sarcomas no influyendo en la misma el estadio, el número de lesiones o de intervenciones necesarias para alcanzar la remisión quirúrgica completa.

En nuestros últimos pacientes hemos empleado el láser Eraser para la extirpación de las MP intraparenquimatosas como expone-mos en este vídeo con las ventajas que conlleva.

Material y Métodos. Presentamos cuatro pacientes de entre 7 y 14 años con sarcomas que habiendo recibido cirugía, radioterapia y quimioterapia desarrollaron en un tiempo que osciló entre 1,5 y 3 años lesiones compatibles con MP en TAC y PET-TAC. En dos de ellos únicas y múltiples en los otros dos. Fueron extirpados utilizando arpon los dos primeros y abordados por toroscopia, otro por VATS y al último se le realizó toracotomía bilateral y resección con laser Eraser.

Resultados. Los nódulos pulmonares fueron extirpados mediante resección pulmonar atípica sin complicaciones y con post-operatorios favorables. En controles posteriores, entre 1 y 4 años de la resección, no se observa lesión tumoral residual

Conclusiones. 1) La extirpación de metástasis pulmonares es el tratamiento establecido para lograr la remisión completa en pacien-

tes con sarcoma. 2) Los abordajes quirúrgicos pueden ser variados en función de las posibilidades técnicas y experiencia de cada centro. 3) Las principales ventajas de la extirpación de MP con láser son el ahorro de tejido pulmonar funcional y las menores pérdidas hemáticas.

Forma de presentación: Vídeo

- **V.11 Genitoplastia feminizante conservadora de cuerpos cavernosos y clítoris.** Zambudio Carmona GA, Guirao Piñera MJ, Cabrejos Perotti K, Reyes PY, Fernández Ibieta M, Martínez Castaño I, Ruiz Jiménez JJ. *Servicio de Cirugía Pediátrica. H.U. Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. El manejo del paciente con desorden del desarrollo del sexo (DSD) es controvertido. La genitoplastia feminizante que se realiza en estos pacientes suele incluir: descenso del seno urogenital, vaginoplastia, escisión de los cuerpos cavernosos, reducción del tamaño del clítoris y vulvoplastia. Las principales críticas a la cirugía son la posible reducción en la sensibilidad del clítoris por la extirpación de tejido clitorideo y la irreversibilidad de la intervención por la extirpación de los cuerpos cavernosos. Pippi Salle presentó en 2007 una serie de 8 pacientes con DSD de diferentes etiologías, operados de genitoplastia feminizante con reducción del clítoris sin resección de tejido clitorideo y la conservación de los cuerpos cavernosos, que son enterrados en el espesor de la grasa de los labios mayores.

Con el objetivo de mantener en nuestros pacientes al menos una posibilidad teórica de reversibilidad comenzamos a aplicar esta técnica.

Material y Métodos. Se realizó genitoplastia feminizante conservadora de cuerpos cavernosos y clítoris en 3 pacientes consecutivos afectos de hiperplasia suprarrenal congénita con seno urogenital.

Resultados. Presentamos el vídeo de uno de los casos donde se muestran y comentan los detalles de la técnica.

Conclusiones. La genitoplastia feminizante conservadora de cuerpos cavernos es técnicamente sencilla de realizar y otorga una posibilidad teórica de reversibilidad a la intervención.

Forma de presentación: Vídeo

PRESENTACIÓN ORAL DE PÓSTERS SELECCIONADOS

- **P.5 Colgajo musculocutáneo del glúteo mayor: una alternativa eficaz para el tratamiento de úlceras sacrococcígeas.** García Smith N, Bejarano M, Parri FJ, Albert A, Palazón P, Martín O, Manzanares A. *Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. Presentar el caso de un paciente, afecto de parálisis cerebral infantil, con úlcera sacra que no mejora tras 2 años de medidas conservadoras, por lo que se plantea el tratamiento quirúrgico.

Material y Métodos. Caso: Chico de 17 años, con PCI y grave retraso psicomotor (encamado permanentemente); lleva 2 años

con una úlcera sacra de decúbito, que no mejora a pesar de curas diarias practicadas por profesionales. En la intervención se reseco todo el tejido expuesto, incluyendo osteotomía de la superficie del sacro. El defecto se cubrió con colgajo de glúteo mayor, y éste con colgajo fasciocutáneo de rotación. Tras 5 días de ingreso se da de alta con buenas medidas posturales.

Resultados. Presenta excelente cicatrización y acolchamiento del área sacra a los 6 meses.

Conclusiones. Las úlceras por decúbito son cada vez más frecuentes en niños que sobreviven a graves procesos, con patología neurológica y movilidad limitada, que permanecen sentados o encamados. La presión continua sobre las prominencias óseas cubiertas con escaso panículo adiposo causa las úlceras. Cuando no se resuelven mediante curas repetidas hay que plantear la cirugía. La intervención consiste en interponer tejido bien vascularizado entre hueso y piel, cubriendo con piel y tejido subcutáneo grueso y sano.

Forma de presentación: Póster

- **P.12 Hernia de pared bilateral gigante por hipoplasia de músculos oblicuos.** Rodríguez de Alarcón García J, Souto Romero H, Ollero Fresno JC, Morató Robert P

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos. Presentar el diagnóstico y manejo de un caso de hernia de pared bilateral gigante por hipoplasia de músculos oblicuos

Material y Métodos. Paciente que presenta al nacimiento dos tumoraciones voluminosas y reductibles en ambos flancos, compatibles con hernias de pared abdominal a ese nivel, con importante defecto músculo aponeurótico. Como único antecedente de interés presenta Fibrosis quística en seguimiento en nuestro centro. Se realiza estudio de imagen (RMN y Ecografía de pared abdominal) que sugieren ausencia o hipoplasia severa de músculos oblicuos abdominales.

Resultados. A los 18 meses de edad se interviene por primera vez al paciente, abordando el defecto del lado izquierdo, de mayor tamaño. Se constata la ausencia de músculos oblicuo mayor y menor en una amplia zona que alcanza la proximidad de los márgenes de inserción de ambos planos musculares. Se realiza cierre primario de la fascia transversalis y cobertura del defecto con malla biológica de pericardio bovino. Transcurridos 3 meses, se realiza abordaje similar en el lado derecho. Tras 6 meses de seguimiento, no presenta signos de herniación siendo normal la exploración de la pared abdominal.

Conclusiones. Es este un caso extremadamente raro y del que no hemos encontrado referencias en la literatura. El resultado satisfactorio tras la reparación con malla biológica integrable nos lleva a considerar de gran ayuda la utilización de las mismas en estos defectos, ya que además de reforzar el cierre primario, no va a suponer ninguna alteración en el desarrollo posterior del niño.

Forma de presentación: Póster

- **P.14 Ileostomía umbilical temporal en neonatos.** Tirado Pascual M, Sánchez Díaz F, Primelles Díaz A, Argos Rodríguez MD, Pérez Rodríguez J. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. Los estomas intestinales deben situarse, siempre que sea posible, en zonas alejadas de superficies óseas y pliegues cutáneos y con suficiente espacio para colocar la bolsa colectora. La localización umbilical es una alternativa válida para estomas temporales que ofrece un mejor resultado estético. Presentamos un caso clínico de ileostomía umbilical temporal con un año de seguimiento.

Material y Métodos. Recién nacida pretérmino que presenta perforación intestinal secundaria a enterocolitis necrosante. Es intervenida mediante laparotomía transversa paraumbilical derecha, realizándose ileostomía en flanco derecho. Un mes después, se realiza cierre de ileostomía. Vuelve a precisar nuevo procedimiento quirúrgico por perforación intestinal secundaria a obstrucción por bridas. Se realiza nueva ileostomía, que se sitúa a nivel umbilical. Cinco meses después, se procede al cierre del estoma umbilical.

Resultados. Un año después, la paciente está clínicamente bien y la cicatriz umbilical es prácticamente inapreciable.

Conclusiones. En general, la región umbilical no es el lugar de elección para una ileostomía temporal pero supone una buena alternativa y con excelente resultado estético, factor a tener en cuenta en caso de realización de ileostomías temporales.

Forma de presentación: Póster

- **P.25 Reparación de fístula palatina con colgajo de grasa bucal: caso clínico.** González Herrero M, Morante Valverde R, Delgado Muñoz MD, Martí Carrera E, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentamos el manejo terapéutico de una fístula palatina recidivante en el contexto de una fisura labiopalatina.

Material y métodos. Revisión de un caso clínico.

Resultados. Paciente con diagnóstico de fisura labiopalatina derecha, intervenida de queiloplastia a los 4 meses de vida, previa colocación de Latham, y de uranoestafilorrafia en el año 2002 según técnica de Veau Wardill-Sanvenero Roselli. En controles posteriores se evidencia la existencia de una fístula palatina en 1/3 medio de aproximadamente 1 cm y de una fístula oronasal anterior.

La reparación de la fístula palatina se abordó en 2 ocasiones sin éxito: a los 6 años mediante despegamiento de colgajos laterales y a los 10 años mediante despegamiento-rotación de un colgajo lateral. Asimismo, se realizó un injerto alveolar en el año 2010 para lograr el cierre de la fístula anterior.

Finalmente en el año 2011 decidimos utilizar un colgajo de bola de Bichat y tunelizarlo hasta la fístula, permitiendo así la corrección y cierre del defecto. No se ha observado nueva recidiva en el momento actual.

Conclusiones. La incidencia de fístulas palatinas tras la cirugía reconstructiva del paladar se sitúa entre un 11-25% de los casos. La utilización de la bola de Bichat en casos seleccionados (fístulas < 20 mm y localizadas en paladar medio- posterior) es una opción válida para la reparación de estos defectos, ya que disminuye la tensión de los tejidos secundaria a la fibrosis cicatricial. Sin embargo, creemos que es necesaria una mayor experiencia para poder descartar complicaciones o recidivas asociadas a este procedimiento.

Forma de presentación: Póster

- **P.41 Enterocolitis de repetición en un paciente con displasia neuronal intestinal tipo B y fistula íleo-cólica.** Cavaco Fernandes R, Enríquez Zarabozo E, Amat Valero S, Núñez Núñez R, Moreno Hurtado C, Ayuso Velasco R. *Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.*

Objetivos. La displasia neuronal intestinal (DNI) tipo B es una disganglioneosis que suele manifestarse con estreñimiento crónico y distensión abdominal. Tiende a la maduración funcional y el tratamiento conservador es suficiente en la mayoría de los casos. Presentamos a un paciente con esta patología que cursa con enterocolitis de repetición y fistula íleo-cólica.

Material y Métodos. Varón de 14 años, con estreñimiento desde el nacimiento que se interviene al mes de vida por obstrucción intestinal distal, realizándose ostomía en descendente y toma de biopsias en colon izquierdo que son normales. En la manometría se observa presencia de reflejo inhibitor del ano. A los 4 meses se cierra la colostomía. A los 6 meses nueva laparotomía por obstrucción intestinal por bridas. El enema de contraste a los 22 meses muestra paso rápido de contraste a intestino delgado que se atribuye a válvula ileocecal incompetente. A los 23 meses se efectúa nueva laparotomía por obstrucción intestinal observando solo una dilatación de íleon terminal, colon ascendente y transversal. Se toman nuevas biopsias que permiten el diagnóstico de DNI tipo B. Desde los 2 años sufre enterocolitis de repetición que suelen precisar hospitalización. A los 14 años y tras episodio severo de enterocolitis, el enema opaco revela una fistula íleo-cólica que se cierra mediante nueva intervención.

Resultados. Tras el cierre de la fistula la evolución clínica del paciente es favorable, con ausencia de enterocolitis.

Conclusiones. En pacientes con DNI tipo B y enterocolitis recidivante, debemos pensar en otras causas de la misma como la fistula enterocólica.

Forma de presentación: Póster

- **P.47 Intervención de Puestow por pancreatitis crónica en la infancia.** Bordón Cabrera E, Molino Gahete JA, Bueno Recio J, Broto Mangués J, Giné Prades C, Balsells J, Álvarez M, Lloret Roca J, Martínez Ibáñez V. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. La pancreatitis crónica es una patología excepcional en la infancia; suele requerir múltiples ingresos que no sólo la hacen incapacitante sino que puede evolucionar con la alteración irreversible de la función pancreática. Generalmente no responde al tratamiento médico y existe controversia respecto al tratamiento quirúrgico de elección.

Material y Métodos. Niña de 13 años afecta de pancreatitis crónica idiopática. Durante los últimos 3 años presenta episodios recurrentes de dolor abdominal y vómitos, con parámetros analíticos y radiológicos compatibles con pancreatitis aguda. Requiere múltiples ingresos, tanto en unidad de hospitalización como en cuidados intensivos. Controlada en la Unidad del Dolor por el difícil manejo del mismo a nivel ambulatorio. Se realizan 4 ERCs para liberación de cálculos enclavados, presentando estenosis secundaria a nivel del Wirsung que requiere la colocación y posterior retirada de stent sin mejoría clínica. En CRMN se aprecia unión bilio-

pancreática de morfología normal y Wirsung arrosariado y dilatado, con litiasis intraductal, pancreas atrófico, por lo cual se realiza pancreaticoyunostomía latero-lateral (Puestow), sin complicaciones intraoperatorias.

Resultados. El postoperatorio cursa sin incidencias, con disminución del dolor y normalización de la función pancreática. Tras 6 meses de seguimiento no ha precisado ingresos, requiere analgesia de manera ocasional y ecográficamente se visualiza un Wirsung sin dilatación ni litiasis en su interior.

Conclusiones. La pancreaticoyunostomía latero-lateral, (Puestow), es una técnica efectiva para el tratamiento de la pancreatitis crónica en la edad pediátrica, que puede evitar no sólo la recurrencia de los episodios de pancreatitis y la dependencia a analgésicos, sino también la progresión de la enfermedad.

Forma de presentación: Póster

- **P.51 Pouch colónico congénito asociado a malformación anorrectal sin fistula. Presentación de dos casos.** Ruiz Aja E¹, Medrano Méndez L¹, Martínez Ezquerro N², Galbarriatu Gutiérrez A¹, López Álvarez-Buhilla P¹, Vega Hernández L³. ¹Servicio Cirugía Pediátrica, ²Servicio Pediatría, ³Unidad de investigación. *Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.*

Objetivos. El pouch colónico congénito (PCC) es una malformación inusual asociada a una malformación anorrectal (alta) donde parte o la totalidad del colon es sustituida por un bolsón dilatado que se une al tracto genitourinario mediante una fistula amplia

Material y Métodos. Presentamos dos casos de PCC asociado a MAR sin presencia de fistula. Caso 1: Recién nacido (RN) varón con Síndrome de Down y una agenesia anorrectal sin fistula. Caso 2: RN varón con atresia rectal a dos cm de margen anal destacando una imagen aérea única de 5 x 7 cm en radiografía abdominal preoperatoria.

En ambos casos el manejo inicial consistió en una colostomía objetivándose la presencia del pouch (tipo IV Narsimha et al.) realizándose toma de biopsias. A los 6 meses se procedió a la excisión del pouch y anorrectoplastia mediante abordaje combinado abdomino-sagital posterior y cierre de colostomía a los 4 meses

Resultados. Los resultados postoperatorios fueron satisfactorios tanto estético como funcional precisando el segundo caso una derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia tetraventricular congenita.

Conclusiones. El PCC es una rara entidad que puede aparecer asociada a una MAR sin fistula.

La presencia de un nivel hidroaéreo que ocupa el 50% del abdomen en un RN con MAR es altamente sugestivo de PCC.

Creemos que la cirugía en 2-3 tiempos con abordaje abdomino-sagital posterior es adecuada aunque se requieren más casos para determinar un tratamiento estandarizado

Forma de presentación: Póster

- **P.56 Tratamiento con corticoides en una enteritis tóxica tras intervención de "De la Torre".** González Esgueda A, Escartín Villacampa R, Rihuete Heras MA, Delgado Alvira R, González Martínez Pardo N, Elías Pollina J. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. El megacolon tóxico es una muy grave y rara complicación como consecuencia de la infección por *C. difficile* en pacientes con Hirschsprung

Material y Métodos. Lactante de 5 meses intervenido hace un mes mediante técnica "De la Torre" por enfermedad de Hirschsprung que afectaba a 22 cm de recto-sigma. Comienza con un cuadro de fiebre, distensión abdominal, vómitos y heces líquidas malolientes. Presenta un empeoramiento de su estado general con aumento del perímetro abdominal (53 cm), dolor abdominal difuso, acidosis metabólica, deshidratación hiponatrémica, ascitis y ausencia de peristaltismo

Resultados. Ante la sospecha de sufrimiento intestinal se interviene quirúrgicamente sin encontrar signos de isquemia con abundante líquido ascítico. El íleon terminal, ciego y colón transverso están distendidos, edematosos, engrosados y sin contenido. En el postoperatorio inmediato el perímetro abdominal alcanza los 58 cm de diámetro, empeora el estado general, presenta celulitis en FID y una hemorragia digestiva baja. Se inicia tratamiento intravenoso con Metronidazol y enemas de Vancomicina por detección de toxina de *C. difficile* en heces. Dados los hallazgos intraoperatorios y la mala evolución clínica a pesar del tratamiento antibiótico para colitis pseudomembranosa se decide iniciar tratamiento con corticoides a dosis de 2 mg/kg/día por sospecha de evolución del cuadro a megacolon tóxico. En 48 horas el diámetro abdominal disminuye a 49 cm, cesa la hemorragia digestiva y mejora el estado general y analítico.

Conclusiones. La mejoría clínica producida en nuestro caso tras la instauración del tratamiento con corticoides sistémicos nos plantea la hipótesis del posible papel de estos fármacos en las enterocolitis asociadas a Hirschsprung con mala evolución.

Forma de presentación: Póster

- **P.58 Un Hirschsprung con peculiaridades.** Delgado Cotan L, Cabrera García R, Moya Jiménez MJ, Valladares Medias JC, De Agustín Asensio JC. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. La dilatación segmentaria congénita de colón es una entidad rara descrita por Swenson y Rathauer en 1959 con una clínica que puede simular una enfermedad de Hirschsprung. Presentamos un caso clínico.

Material y Métodos. RN de 5 días con síndrome de Down remitida bajo sospecha de enfermedad de Hirschsprung por cuadro de distensión abdominal progresiva con deposiciones escasas y sin fiebre ni empeoramiento clínico. En pruebas de imagen se aprecia una gran dilatación en recto-sigma con zona estenótica en recto. Se realiza manejo con técnica de nursing, presentando gran cantidad de mucosidad con las heces sobre todo a nivel distal, y dilataciones anales por estenosis anal importante. La manometría anorrectal y la biopsia rectal por succión son compatibles con enfermedad de Hirschsprung por lo que se procede a intervención quirúrgica mediante técnica de De la Torre, que tras descenso transanal dificultoso de 10 cm dilatados y la no identificación de vasos del meso, se decide realizar laparotomía media infraumbilical apreciándose una gran dilatación sacular excéntrica de aproximadamente 10 cm en recto-sigma sin afectación de todo el diámetro de la pared y que parece respetar capas musculares.

Resultados. En biopsias intraoperatorias se identifica zona agangliónica con zona proximal con plexo mientérico. En estudio histológico definitivo se informa de dilatación segmentaria de recto-sigma asociada a enfermedad de Hirschsprung.

Evolución favorable en el postoperatorio inmediato e intervención al mes por cuadro de obstrucción por bridas y vólvulo.

Conclusiones. La asociación entre el aganglionismo y la dilatación segmentaria existente en nuestra paciente no está descrita en la literatura.

Forma de presentación: Póster

- **P.62 Derivación vesicoamniótica en feto con hidronefrosis. Complicación y reparación quirúrgica.** Cortés Sáez J, Gómez-Chacón Villalba J, Mangas Álvarez L, Gutiérrez San Román C, García-Sala Viguer C. *H. Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. Presentar un caso de hidronefrosis de diagnóstico prenatal al que se practicó intraútero una derivación vesicoamniótica con complicación de la técnica.

Material y Métodos. Feto de 21 semanas al que se detecta hidronefrosis bilateral. Por sospecha de válvulas de uretra posterior se introduce un catéter de derivación vesicoamniótica a las 25 semanas de gestación. En el control ecográfico de la semana 30 el extremo amniótico ha migrado a la cavidad abdominal del feto. Se realiza cesárea electiva a las 31 semanas de gestación.

Al nacimiento pesa 2.300 g, con importante edema y ascitis. Presenta un orificio en la pared torácica medioaxilar izquierda con exteriorización de un segmento de epiplon. Asocia neumotórax izquierdo y derrame pleural compatible con orina.

Se interviene el 5º día de vida, localizando el catéter tipo pigtail con un extremo intravesical y el otro intraperitoneal. Se halla un defecto diafragmático izquierdo de un centímetro por el que se desliza un segmento de epiplon. Se reduce el epiplón herniado comprobando su aspecto necrótico y se extirpa el segmento afecto. Se cierra el defecto diafragmático. Se extrae el catéter vesical.

Resultados. Tras la intervención ha seguido tratamiento de su patología de base. Actualmente se encuentra con anulación funcional derecha y riñón izquierdo funcional.

Conclusiones. Las válvulas de uretra posterior pueden ser diagnosticadas intraútero.

Las medidas terapéuticas prenatales no han demostrado beneficio en la evolución a largo plazo de la función renal y se asocian con alto riesgo de morbilidad materna y fetal.

Forma de presentación: Póster

- **P.74 Perforación intestinal neonatal asociada a drogodependencia materna: presentación de dos casos.** Royo Cuadra Y, Di Crosta I, Pueyo Gil C, Skrabski R, Maldonado Artero J. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona.*

Objetivos. Es conocida la asociación del consumo crónico de opiáceos con las posibles complicaciones isquémicas intestinales

en el adulto. Del mismo modo, el consumo materno puede ser también responsable de graves complicaciones intestinales en el recién nacido.

Material y Métodos. Se describen dos casos de perforación intestinal neonatal en hijo de madre toxicómana.

Resultados. Caso 1: Embarazo no controlado. Madre 23 años consumidora de tóxicos. Nace prematuro varón 29 s de gestación, peso 1.400 g, parto distócico. A las 48 horas presenta empeoramiento del estado general con neumoperitoneo. En la cirugía se encuentra perforación ileal aislada, con isquemia localizada, resto de intestino de aspecto normal. Se realiza resección de la lesión y anastomosis T-T. Estudio de tóxicos en orina neonatal: positivo a cocaína. Correcta evolución posterior.

Caso 2: Remitida desde otro hospital al 4º día de vida por sospecha de ECN. Embarazo controlado. Madre 22 años, consumidora de heroína y cocaína, en proceso de desintoxicación. Parto a las 36 s de gestación, niña, peso 2.350 g (CIR asimétrico). Presentación de nalgas. A las 24 h de su llegada a nuestro centro presenta neumoperitoneo, en la revisión quirúrgica se halla perforación aislada en sigma, sin afectación intestinal generalizada. Se realiza resección local y anastomosis T-T. Estudio tóxicos en orina neonatal: positivo a opiáceos y benzodiacepinas. Evolución posterior favorable.

Conclusiones. Con el antecedente de consumo materno de opiáceos, hemos de considerar la posibilidad de perforación intestinal aislada *versus* ECN ante la presencia de una complicación intestinal. Generalmente son lesiones localizadas, siendo la revisión quirúrgica precoz el tratamiento de elección.

Forma de presentación: Póster

- **P.79 Érase un neonato a un tumor vascular pegado...** Hernández Anselmi E¹, Argumosa Salazar Y¹, González Piñera J¹, Marijuán Sahuquillo V¹, Fernández Córdoba MS¹, Alfaro Ponce B², Lillo Lillo M², Azaña JM³, Iñiguez L⁴. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Pediatría, ³Servicio de Dermatología, ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos. Hacer hincapié en el hemangioendotelioma kaposiforme (HEK), tumor vascular congénito poco frecuente, histológicamente benigno pero localmente agresivo y potencialmente letal (20-30%) debido al fenómeno de Kasabach-Merritt (KM) (trombopenia severa, anemia hemolítica microangiopática y coagulopatía de consumo)

Material y Métodos. Caso clínico

Resultados. Neonato varón con tumor vascular congénito de gran tamaño limitado a los tejidos blandos de la pared torácica y fenómeno de KM, diagnosticado histológicamente como HEK (GLUT1 -, WT +, D2-40 +)

Al tercer día de vida se inicia tratamiento antiagregante con aspirina y ticlopidina, a dosis de 10 mg/kg/día, añadiendo propranolol a dosis inicial de 0,5 mg/kg/día hasta 2 mg/kg/día.

Ante la persistencia de trombopenia severa, al 12º día de vida se instaura vincristina semanal según protocolo SEHOP (0,05-0,07 mg/kg) durante 16 semanas, añadiendo prednisona a 4 mg/kg al 23º día con retirada a los 15 días.

Se objetiva mejoría de la trombopenia y la coagulopatía a partir del 25º día de vida (3 ciclos de vincristina), con disminución evidente del tamaño tumoral y normalidad analítica (salvo anemia) aproximadamente a los 2 meses de vida (8 ciclos), momento en que se retira la antiagregación y el propranolol y el paciente recibe el alta hospitalaria.

En la actualidad se encuentra asintomático con práctica desaparición de la tumoración e hiperpigmentación residual a nivel local y analítica normal.

Conclusiones. Ante un neonato con tumor vascular congénito de gran tamaño y trombopenia debemos pensar en HEK y establecer un diagnóstico histológico y tratamiento precoz dada la elevada mortalidad del fenómeno de KM.

Forma de presentación: Póster

- **P.85 Orientación diagnóstica y tratamiento del blastoma pulmonar en una niña de 3 meses.** Medrano Méndez L, Martín González J, Urberuaga Pascual A, Astigarraga Aguirre I, Navajas Gutiérrez A, López Álvarez-Buhilla P. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. La orientación diagnóstica de las masas pulmonares infantiles es compleja, especialmente en lactantes. El diagnóstico diferencial incluye malformaciones congénitas y neoplasias. La posibilidad de tumores primarios malignos exige considerar la extirpación quirúrgica para diagnóstico histológico definitivo, elección de quimioterapia y mejorar el pronóstico. La diferenciación entre blastoma pulmonar y pleuropulmonar es difícil, pero importante para las decisiones terapéuticas.

Material y Métodos. Presentamos el caso de una niña que debuta a los 3 meses de edad con dificultad respiratoria y cuyo estudio de imagen evidencia una lesión sólido-quística en lóbulo inferior derecho, compatible con malformación adenoimatoidea quística (MAQ) o neoplasia pulmonar primaria, por estudio de extensión negativo.

Resultados. La extirpación quirúrgica de la lesión confirma el diagnóstico de blastoma. Inicialmente se considera blastoma pleuropulmonar (BPP) tipo III. Ante la rareza de este tumor, se envía una muestra al Registro Internacional BPP, diagnosticándose definitivamente como blastoma pulmonar clásico. Dada la resección completa, la niña recibe 4 ciclos de quimioterapia con carboplatino y etopósido, en una pauta similar al neuroblastoma. La evolución es favorable y permanece sin evidencia de enfermedad a los 9 meses del diagnóstico.

Conclusiones. Debido al riesgo de ciertas malformaciones congénitas (MAQ) de desarrollar lesiones malignas, se recomienda su extirpación quirúrgica o seguimiento estrecho, incluso en casos asintomáticos.

El diagnóstico histológico del cáncer pulmonar pediátrico es complejo y la diferenciación entre blastoma pleuropulmonar y pulmonar es difícil.

La colaboración internacional y la labor de registros especializados, como BPP, son fundamentales para mejorar el conocimiento y avanzar en la curación de los tumores raros.

Forma de presentación: Póster

- **P.90 Tratamiento multidisciplinar de neurofibroma plexiforme gigante en paciente con neurofibromatosis tipo 1. A propósito de un caso.** Muñoz Miguelsanz MA¹, Díaz Moreno E¹, Licerías Licerías E¹, García Gómez M¹, Castejón Casado FJ¹, Padilla García MA¹, Urrutía Maldonado E². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Sección Oncohematología Pediátrica, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Los neurofibromas plexiformes provocan una alta morbilidad en 30% de la población pediátrica con neurofibromatosis tipo 1. El abordaje quirúrgico, tratamiento de elección, en ocasiones no es resolutivo por tamaño, localización y comportamiento agresivo.

Material y Métodos. Niña de 7 años con NF-1 que debuta con dolor cervico-torácico de reciente aparición y escoliosis dorsal severa. La RMN muestra gran masa paravertebral desde C4-C5 hasta D12-L1, con extensa infiltración perivascular, mediastínica, retroperitoneal y hepática. No actividad hipermetabólica tumoral compatible radiológicamente con neurofibroma plexiforme.

Resultados. La decisión terapéutica fue tomada por un equipo multidisciplinar de oncólogos, neurocirujanos, radiólogos, traumatólogos, cirujanos torácicos y pediátricos. Dada la irreseccabilidad por dimensiones y distribución de la lesión, se decidió tratamiento con Imatinib mesilato y controles radiológicos cada 6 meses hasta completar 24 meses. El abordaje quirúrgico parcial se plantea como 2ª opción ante aparición de clínica compresiva o ausencia de respuesta a tratamiento médico. Tras 6 meses de tratamiento, bien tolerado, existe un cese de la progresión tumoral, considerándose estable.

Conclusiones. Neurofibromas plexiformes gigantes son raros e infrecuentes y por lo tanto, la experiencia es escasa. Dada su morbilidad y riesgo de malignización (10%) es imperativo una actitud terapéutica multidisciplinar precoz. Existe poca evidencia del tratamiento coadyuvante en los casos irreseccables. El Imatinib mesilato, inhibidor de la tirosin-quinasa, ha demostrado una reducción importante del tamaño tumoral y posterior estabilización. En nuestro caso, la no reducción inicial de masa tumoral plantea una reevaluación quirúrgica previa a la finalización del tratamiento médico, considerando la toxicidad e inmunosupresión secundarias al mismo.

Forma de presentación: Póster

- **P.94 Tumor suprarrenal de células pequeñas: ¿cuál es el diagnóstico?** Corona Bellostas C, Cañizo López A, Tardáguila Calvo AR, Zornoza Moreno M, Rojo Diez R, Molina Hernando E, García Casillas MA, Peláez Mata D, Fanjul Gómez M, Mata C, Cerdá Berrocal J. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. El diagnóstico diferencial de una masa suprarrenal en la edad pediátrica incluye múltiples patologías, siendo la neoplasia más frecuente el neuroblastoma. Presentamos un caso de masa suprarrenal de células pequeñas con diagnóstico inesperado.

Material y Métodos. Paciente de 15 años que consulta por dolor lumbar irradiado a flanco izquierdo, asociado a fiebre intermitente. Se realiza ecografía y TAC toracoabdominal, en la que se observa masa bien delimitada de 10x6,8 cm dependiendo de suprarrenal

izquierda. Se realiza biopsia por punción: tumor de células redondas pequeñas con áreas de necrosis. Gammagrafía ósea negativa para actividad neoplásica.

Resultados. La inmunohistoquímica realizada sobre la pieza de biopsia demuestra que trata de un Sarcoma de Ewing. Se realiza resección quirúrgica de la masa tumoral con radioterapia intraoperatoria tras 6 ciclos de inducción de quimioterapia según protocolo de la SEOP. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico.

Conclusiones. No todos los tumores suprarrenales de células redondas pequeñas son neuroblastomas. La inmunohistoquímica es fundamental en el diagnóstico diferencial con otros tumores en la edad pediátrica, como el Sarcoma de Ewing.

Forma de presentación: Póster

- **P.103 Bronquitis plástica, una gran desconocida.** Marijuán V¹, Pacheco JA², Del Rey L¹, Cuartero I¹, Fernández MS¹, Hernández E¹, González J¹. ¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La bronquitis plástica es la formación y expectoración de moldes bronquiales de consistencia gomosa y origen linfático que provocan la obstrucción aguda de las vías aéreas. Se puede asociar a patología pulmonar primaria o cardiopatas intervenidos con Fontan (tercer estadio técnica de Norwood), presentando una variante inflamatoria o acelular respectivamente. La bronquitis plástica tras un Fontan es una patología infrecuente con apenas 50 casos publicados en la literatura.

Material y Métodos. Aportamos un caso de reciente aparición en nuestro centro.

Resultados. Varón de 7 años que ingresa tras expectoración de un fragmento gomoso blanquecino de 5 x 2 cm con cianosis labial y sat O₂ 87%, asociando epistaxis y hemoptisis. El paciente con ventrículo izquierdo único fue intervenido previamente (Fontan), momento desde el que presenta aumento de tos y expectoración. En TAC aparecen lesiones ocupantes de espacio en bronquio intermediario y segmentarios basales derechos. Iniciamos tratamiento con N-acetil-cisteína y salbutamol nebulizados. En este momento está pendiente de cateterismo cardiaco para esclerosar posibles colaterales, descartar HTP y valoración de la vía aérea posteriormente.

Conclusiones. La bronquitis plástica tras un Fontan es una patología con alta mortalidad por obstrucción aguda de la vía aérea, hemorragias pulmonares masivas y las malformaciones cardiacas asociadas. El tratamiento de base consiste en mucolíticos y fisioterapia respiratoria, usándose en casos graves urocinasa o activador tisular del plasminógeno y la broncoscopia. Esta patología es una gran desconocida para el cirujano pediátrico que es parte fundamental en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes, pudiendo encontrarse con ella en el contexto de urgencia vital.

Forma de presentación: Póster

- **P.114 Síndrome postneumectomía. Tratamiento con expansor tisular intratorácico.** Morante R, Antón-Pacheco JL, López M, Fuentes S, Moreno C, Benavent MI. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital U. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Presentar un caso de síndrome postneumonecromía (SPN) tratado mediante un expansor tisular intratorácico.

Material y Métodos. Varón de 5 años de edad trasladado a nuestro hospital 20 días después de haber sufrido un traumatismo torácico cerrado por precipitación. El TAC torácico mostraba una atelectasia completa del pulmón derecho, neumotórax y neumomediastino. La broncoscopia demostró una oclusión completa de la luz bronquial derecha por tejido cicatricial consecuencia de estallido bronquial. Ante la imposibilidad de reconstrucción bronquial se realizó una neumonecromía derecha. Dos años después, el paciente presentó disnea de esfuerzo progresiva y tos con el ejercicio físico. La radiografía de tórax mostró una acusada desviación del mediastino hacia el hemitórax derecho con hiperinsuflación compensatoria del pulmón izquierdo. En el TAC se observó que la tráquea distal se encontraba comprimida entre la columna vertebral y el cayado aórtico. La fibrobroncoscopia confirmó el colapso a nivel carinal y del bronquio principal izquierdo. Se colocó una prótesis expandible rectangular de 400 cc en el hemitórax derecho utilizando la toracotomía previa. El expansor se rellenó hasta alcanzar el 50% de su volumen total. La Rx. de tórax postintervención demostró una corrección completa del desplazamiento mediastínico

Resultados. Un año después de la cirugía, el paciente se encuentra asintomático no habiendo precisado incrementar el volumen del expansor.

Conclusiones. El SPN es una complicación muy rara que puede ocasionar una dificultad respiratoria grave. La colocación de un expansor intratorácico, con válvula subcutánea remota, es un tratamiento eficaz que permite la recolocación del mediastino y un relleno gradual acorde con el crecimiento del paciente.

Forma de presentación: Póster

- **P.117 Tratamiento conservador de una lesión iatrogénica en la tráquea distal.** Gander R, Laín A, Quillén G, Molino JA, Balcells J, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Descripción del tratamiento conservador de una lesión en la tráquea distal.

Material y Métodos. Describimos un caso de lesión iatrogénica en la tráquea distal que se trató de forma conservadora.

Resultados. Varón de 3 años admitido en nuestro Hospital tras sufrir un accidente de tráfico. Presentó una parada cardiorrespiratoria que requirió intubación orotraqueal extrahospitalaria. El TAC toraco-abdominal informó de neumomediastino, neumotórax izquierdo, neumoperitoneo y contusión pulmonar severa bilateral. La fibrobroncoscopia urgente evidenció una laceración en pared posterior de carina con el tubo endotraqueal (TET) en mediastino. La esofagoscopia no evidenció perforación esofágica.

Debido a la contusión pulmonar severa no toleró intubación selectiva. Dado que se mantuvo estable con presiones de ventilación bajas y la fuga aérea cesó al retirar el TET se decidió manejo conservador inicial. El TET se dejó fijado por encima de carina sin balón. Se pautó cobertura antibiótica de amplio espectro.

Fue extubado a los 16 días. Las fibrobronoscopias de control evidenciaron cicatrización completa de la lesión sin estenosis. El alta hospitalaria se demoró hasta las 3 semanas por sus lesiones concomitantes.

Conclusiones. Existen numerosos casos publicados en la literatura sobre el tratamiento conservador de las lesiones en tercio proximal y medio traqueal. En las lesiones del tercio distal, en cambio, el tratamiento es controvertido. Creemos que estas lesiones pueden manejarse de forma conservadora, incluso si no pueden sobrepasarse con un TET, si el paciente se mantiene estable respiratoriamente y hemodinámicamente sin fuga aérea. Ante la sospecha clínica de lesión traqueal es fundamental realizar un TAC torácico, esofagoscopia y fibrobroncoscopia precoz.

Forma de presentación: Póster

- **P.140 Reflujo uretrodeferencial en un paciente con fístula recto-cuello vesical en ausencia de reflujo vesicoureteral.** Carrera Guermeur N, Martín-Crespo Izquierdo RM, Ramírez Velandía HJ, Luque Mialdea R. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

Objetivos. El reflujo uretrodeferencial (RUD) es muy raro en el niño. Su presencia se asocia en un 93% de los casos a malformaciones urológicas o anorrectales complejas. Presentamos un caso de RUD intratesticular como expresión de una anomalía anatómica compleja en la confluencia entre la desembocadura deferencial y la fístula recto-cuello vesical (FRC), diagnosticado en un varón polimalformado con malformación anorrectal (MAR) asociada a anomalías vertebrales, renales, cardiovasculares, genitales y de extremidades.

Material y Métodos. Recién nacido varón con MAR, sometido a colostomía descendente disociada al primer día de vida. En los estudios neonatales destaca la presencia de FRC y RUD derecho, en ausencia de reflujo vesicoureteral (RVU) y obstrucción uretral (uretrociatografía miccional y colostograma distal), agenesia sacra, vejiga neurógena y displasia renal izquierda.

Resultados. Se maneja precozmente con profilaxis antibiótica y cateterismo vesical intermitente, sufriendo una epididimitis aguda asociada a infección urinaria al segundo mes, resuelta mediante tratamiento conservador.

Conclusiones. La presencia de epididimitis derecha en un paciente con MAR-FRC, RUD y vejiga neurógena, pese al diagnóstico y manejo precoz del RUD y la vejiga neurógena, hace sospechar que la causa es la malformación en la confluencia FRC-deferente. Es esperable que la ligadura de la FRC durante la anorrectoplastia sagital posterior solucione estos cuadros. La ausencia de RVU descarta un conducto mesonéfrico común, y la uretrocistoscopia la presencia de otras anomalías uretrales (utrículo) y deferenciales (ectopia). La MAR con fístula uretral prostática o cervical supone una malformación severa de la uretra posterior, que puede involucrar al complejo deferente-vesícula seminal y condicionar orquiepididimitis de repetición.

Forma de presentación: Póster

- **P.150 Uso de tubos uretrales en la cirugía del hipospadias. Nuestra experiencia.** Zambudio Carmona GA¹, Guirao Piñera MJ¹, Montoya Chinchilla R², Cabrejos Perotti K¹, Bueno Ruiz F¹, Ruiz Jiménez JI¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca Murcia. ²Servicio Urología. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. En la cirugía del hipospadias la mayoría de cirujanos emplea algún tipo de derivación urinaria, habitualmente sondas con balón o tubos a vejiga. Con el fin de evitar las molestias derivadas de llevar una sonda y de mantener las ventajas del cateterismo comenzamos a utilizar tubos uretrales que no alcanzan la vejiga sujetos al glande con sutura absorbible al glande.

Material y Métodos. Revisamos los pacientes portadores de tubo uretral tras cirugía de hipospadias en nuestro servicio desde el año 2000.

Resultados. Usamos stent uretral en 145 casos. 26 casos por estenosis de meato (edad media 5 años), el tiempo medio de caída del stent fue de 20 días. Por incurvación en 2 casos. Fístula en 14 casos, los tubos caen con una media de 15 días y la fístula recidivó en un caso. Glanduloplastia en 24 niños. Megameato en 5 casos. Avance de meato en 66 (3,5 a de edad media), el stent cae con una media de 18 días, hubo 2 dehiscencias de glande. Snodgrass con stent en 8 casos (edad media 5 a), apareció fístula en 2 casos y en 1: meatoestenosis. En 4 casos (2,7%) los padres referían molestias en el niño y el stent fue retirado, 5 niños (3,4%) experimentaron molestias moderadas, que no precisaron de la retirada del stent.

Conclusiones. El uso de stent uretral parece ser bien tolerado por los niños y aceptado por los padres, evita la necesidad del uso de bolsas de orina, permite una actividad física normal en el postoperatorio sin un incremento de las complicaciones.

Forma de presentación: Póster

PÓSTERS SELECCIONADOS PARA EXPOSICIÓN

- **P.1 Absceso subtemporal o absceso de Luc: complicación rara de la otitis media.** Olivares Pardo E, Mancha de la Plata M, Rodríguez de Alarcón J, Mazarrasa Marazuela B, Díez Montiel A, Enríquez de Salamanca J. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Presentar una complicación rara de la otitis media aguda, para un mejor diagnóstico y tratamiento, a partir de un caso y revisión de la literatura.

Material y métodos. Varón de 5 años de edad que presenta tumoración y dolor en región temporal izquierda. En el estudio TAC se objetiva una colección líquida con realce periférico en las partes blandas, por encima de la escama del temporal izquierdo, por debajo del músculo temporal; adyacente al arco zigomático y a la articulación temporomandibular. Se procedió a drenar quirúrgicamente. En el mismo acto quirúrgico se extirparon las piezas 64 y 65 por ser sugerentes de ser el origen del absceso.

Tras búsqueda exhaustiva en pubmed de ese absceso en localización atípica se diagnosticó como absceso de Luc. Se colocaron unos drenajes transtimpánicos por parte del servicio de ORL.

Resultados. Los cultivos fueron positivos a *Streptococcus pyogenes* (Grupo A). El tratamiento médico fue antibiótico oral, aerosoles y colirio. El paciente fue dado de alta a los tres días. Se recuperó ad integrum.

Conclusiones. El absceso de Luc es una complicación rara de la otitis media aguda y tiene un curso benigno. El tratamiento es el

drenaje local y requiere tratamiento más conservador que otros abscesos de la otitis.

El TAC es la prueba diagnóstica que mejor diagnostica la entidad y evita procedimientos innecesarios, como la mastoidectomía o la exodoncia de dientes dudosos como causantes del absceso.

- **P.2 ¿Apendicitis blanca? Buscando otros hallazgos laparoscópicos.** Reyes Ríos P Y, Girón Vallejo O, Cabrejos Perotti K, Fernández Ibieta M, Méndez Aguirre N A, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. Ante el hallazgo en una laparoscopia exploradora por sospecha de apendicitis, de un apéndice vermiforme normal, debemos plantearnos varios diagnósticos diferenciales, la torsión del epiplón mayor es una causa poco frecuente pero importante de abdomen agudo. Nuestro objetivo es comunicar estos dos casos para tener en cuenta esta entidad dentro de los diagnósticos diferenciales en el dolor abdominal agudo del paciente pediátrico.

Material y Métodos. Presentamos dos casos de torción de eplon mayor que simulaban clínicamente una apendicitis aguda.

Resultados. Presentamos los casos de dos pacientes de 7 y 9 años de edad que consultaron a urgencias por cuadro de 48 y 30 horas de evolución de dolor abdominal agudo compatible clínicamente con apendicitis que a la exploración presentaban signos de irritación peritoneal, la analítica en ambos casos mostro leucocitosis y la PCR elevada y la ecografía en el primero mostraba signos inflamatorios en fosa iliaca. La laparoscopia exploradora se evidenció un apéndice cecal de aspecto normal y en pared abdominal se encontró plastrón inflamatorio que contenía segmento de epiplón torcido sobre su propio eje y necrótico.

Conclusiones. La torsión y necrosis del epiplón es una causa poco frecuente pero importante de abdomen agudo. Debe tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de la apendicitis aguda. Según la bibliografía, el uso de ecografía y TAC permite su diagnóstico sin tener que recurrir a la laparoscopia o laparotomía exploradoras. El tratamiento quirúrgico (preferentemente laparoscópico), es curativo siempre aunque se ha sugerido su manejo no quirúrgico (esa conducta no estaría exenta de morbilidad).

- **P.3 Aplasia Cutis Congénita con defecto óseo: riesgos y complicaciones.** Zornoza M¹, López Gutiérrez JC², Barrena S², Ros Z², Díaz M², Carceller F². ¹*Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.* ²*Hospital La Paz. Madrid.*

Objetivos. La aplasia cutis congénita (ACC) es una malformación poco frecuente, con un espectro de gravedad desde lesiones pequeñas que epitelizan espontáneamente hasta ausencia de bóveda craneal y duramadre, con exposición del parénquima cerebral y seno sagital, con riesgo elevado de hemorragia crítica. No hay acuerdo en el protocolo de actuación de éstos pacientes más graves.

Material y Métodos. En los últimos 25 años hemos tratado 39 pacientes con ACC. Presentamos 3 neonatos que sufrieron un sangrado masivo por rotura del seno sagital por defectos mayores 5 cm y ausencia de hueso.

Resultados. Un paciente presentó epitelización espontánea del 95% del cuero cabelludo, y se decidió alta domiciliaria con un mínimo defecto. A las 48 horas presentó hemorragia súbita falleciendo por shock hipovolémico durante el sueño.

Otro paciente sufrió dos episodios de sangrado profuso que precisaron cobertura, primero con un colgajo de cuero cabelludo que fracasó, y posteriormente con matriz dérmica que consiguió epitelización completa sin incidencias.

La tercera paciente presentó sangrado continuo, realizándose 4 coberturas del defecto entre los 7 y los 40 días de vida. En angio-TAC de control presentó trombosis cerebral severa con profundo daño neurológico, falleciendo 36 horas más tarde

Conclusiones. En nuestra experiencia las aplasias cutis severas (defecto óseo), aun teniendo posibilidad de epitelización espontánea, precisan de cobertura precoz. Injerto cutáneo, colgajo de avance, matriz dérmica y colgajo libre son, de menor a mayor complejidad, las opciones terapéuticas a considerar de forma inmediata para mejorar la alta tasa de mortalidad asociada al tratamiento conservador.

- **P.4 Ascitis fetal como hallazgo precoz en la perforación intestinal prenatal.** Roldán Pérez S, Fernández Pineda I, Cabello Laureano R, Requena Díaz MM, Jiménez Crespo MV, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. La ascitis fetal (AF) es un hallazgo poco frecuente en el screening ecográfico gestacional, y suele ser causada por isoimmunización, infecciones prenatales, anomalías renales, entre otras. Tiene buen pronóstico cuando aparece de manera aislada y se diagnostica y trata precozmente su causa. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de peritonitis meconial cuyo único signo prenatal fue la AF.

Material y Métodos. Recién nacido de 37+2 semanas de edad gestacional con diagnóstico de AF desde la semana 31. Se realizó seguimiento ecográfico semanal sin objetivarse cambios en la cantidad de líquido ni otros hallazgos patológicos. El despistaje de infecciones prenatales fue negativo y el doppler de arteria cerebral media fue normal.

Se decidió cesárea urgente por disminución del bienestar fetal precisando maniobras de reanimación al nacimiento con adecuada respuesta a las mismas. A la exploración física se observó una llamativa distensión abdominal por lo que se realizó una radiografía de abdomen en la que se apreció neumoperitoneo.

Resultados. Se realizó laparotomía exploradora encontrando peritonitis meconial con abundante contenido entérico e identificación de perforación en cara posterior del ciego con instilación de azul de metileno por vía rectal. Tras cierre de la perforación, se realizó ileostomía.

La evolución fue favorable, iniciando alimentación al tercer día postoperatorio y reconstrucción del tránsito al tercer mes sin complicaciones.

Conclusiones. La peritonitis meconial debe formar parte del diagnóstico diferencial de la AF cuando se han descartado sus causas más frecuentes.

El diagnóstico y tratamiento precoz de la peritonitis meconial disminuye notablemente la morbilidad y mortalidad perinatal.

- **P.6 Ectopia tímica cervical. Revisión de la casuística y actitud terapéutica.** González Mariscal M, Jiménez Lorente AI, Pérez Bertolez S, Asensio J, Rubio JL. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Objetivos. La ectopia tímica cervical (ETC) es una patología congénita infrecuente, resultado de una migración aberrante del timo durante la embriogénesis. Se manifiesta como una masa cervical, asintomática y localizada en cualquier punto desde el ángulo de la mandíbula al mediastino superior. Síntomas (disnea, estridor, dolor, disfagia), ocurren en menos del 10% de los casos.

Realizaremos diagnóstico diferencial con quistes branquiales, hígromas quísticos, teratomas, linfadenopatías inflamatorias, quistes del conducto tirogloso, lesiones tiroideas, linfomas, malformaciones vasculares, neoplasias mediastínicas..

Material y Métodos. Paciente varón de 7 años, con una masa láterocervical derecha, blanda e indolora de 2 x 3 cm. La ecografía muestra una masa adyacente a la paratiroides superior derecha. La RMN confirma que la masa es independiente de glándula y es catalogada como ETC.

Resultados. El paciente permanece asintomático durante el seguimiento.

La realización de una punción aspiración de la masa permite obtener el diagnóstico de certeza

Conclusiones. Ante cualquier masa cervical en niños, hemos de pensar en una ECT.

El diagnóstico de certeza lo proporciona el examen histopatológico de la pieza. Actualmente la RMN permite demostrar, la adecuada posición del timo y la relación de éste con las estructuras vecinas.

Aunque el tratamiento de elección es la extirpación (posibilidad de malignización), debido a la regresión natural que sufre el timo y ante la posibilidad de provocar una inmunodeficiencia de células T, pensamos que sería razonable plantear el diagnóstico por punción-aspiración con aguja fina con ecografía guiada y realizar controles hasta la edad juvenil, momento, en que se llevaría a cabo su extirpación.

- **P.7 Enfermedad de Castleman cervical. A propósito de un caso.** Hernández del Arco S, Parrado Villodres R, Ruiz Orpez A, García Lorenzo C. *Hospital Materno-Infantil de Málaga.*

Objetivos. Revisión de la enfermedad de castleman a propósito de un caso

Material y métodos. Varón de 11 años que presenta tumoración laterocervical derecha de 10 meses de evolución. Exploración física: tumoración de 3 cm de consistencia elástica. Estudios complementarios: Analítica y radiografía torácica normales. Mantoux negativo. Ecografía: timo ectópico. Se realizó exéresis quirúrgica de la lesión. El informe histológico se informó como enfermedad de Castleman hialino-vascular.

Resultados. En las revisiones posteriores el paciente está asintomático y no presenta adenopatías patológicas en otras regiones.

Conclusiones. La causa de la enfermedad de Castleman no ha sido determinada. La variante más frecuente es la hialino-vascular medias-tínica y la clínica es por compresión local. La presentación cervical primaria es inusual (10%) y debe diferenciarse del linfoma, tumores neu-

rogénicos, paragangliomas y linfadenitis. Han sido reportados estudios presentan, simultáneamente, tumores foliculares de células dendríticas o Sarcoma de Kaposi. Los estudios de imagen son inespecíficos destacando la captación del TAC con contraste. La PAAF no está indicada. La resección completa es curativa y permite el diagnóstico histológico. Existe otra variante, la plasmocelular con clínica caracterizada por linfadenopatías, manifestaciones sistémicas, y la evolución es agresiva y fatal. Existe riesgo de evolución del tipo hialino-vascular al plasmocelular, por lo que se debe seguir al paciente a largo plazo debido al riesgo de desarrollar neoplasias hematológicas.

- **P.8 Granuloma piógeno: un caso de crecimiento exacerbado.** Bejarano Serrano M, García Smith N, Parri Ferrandis F, Albert Cazalla A, Ribó Cruz JM, Martín Solé O. *Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. Realizar una breve revisión bibliográfica con ocasión de un caso de granuloma piógeno de presentación atípica.

El granuloma piógeno o botriomicoma, es una lesión cutánea benigna muy frecuente. Su etiopatogénesis no es bien conocida. Típicamente es una tumoración violácea, blanda, con tendencia a la hemorragia y la recidiva si se practica una exéresis incompleta, que aparece en una zona de traumatismo. Pero no siempre aparece con esta clínica. El diagnóstico diferencial se plantea con otras tumoraciones cutáneas; de especial relevancia son el hemangioma y el melanoma acrómico.

Material y Métodos. Caso clínico: Niña de 11 años que muestra una lesión exofítica, impetiginizada de gran tamaño en labio superior, de dos semanas de evolución tras un dudoso antecedente traumático. Ante la ausencia de diagnóstico y el rápido crecimiento de la lesión, se practica resección quirúrgica en cuña con 1 mm de margen desde el pedículo, previa infiltración con anestesia local y epinefrina.

Resultados. Tras un postoperatorio inmediato satisfactorio, es dada de alta en régimen de cirugía menor ambulatoria.

El estudio anatomopatológico confirma la exéresis completa con márgenes de un granuloma piógeno.

Se realiza un seguimiento en consultas externas, el resultado estético es excelente, sin recidiva tras 4 meses de seguimiento.

Conclusiones. El tratamiento del granuloma piógeno debe ser individualizado, reservando la exéresis quirúrgica a casos en que exista duda diagnóstica o en que por localización, tamaño o fracaso de las terapias anteriores se prevea un beneficio estético mayor, con menor riesgo de recidiva.

- **P.9 Hamartoma congénito de músculo liso: a propósito de un caso con presentación clínica inusual.** Royo Cuadra Y¹, Di Crosta I¹, Skrabski R¹, Pueyo Gil C¹, Sirvent Calvera J², Maldonado Artero J¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Anatomía Patológica. *Hospital Universitario Juan XXIII. Tarra-gona.*

Objetivos. El hamartoma de músculo liso es una lesión benigna, congénita o adquirida, consistente en una proliferación de fibras musculares lisas, de presentación poco frecuente.

Material y Métodos. Comunicamos un caso de hamartoma congénito de músculo liso en mentón, con morfología inusual.

Resultados. Diagnóstico prenatal de masa en mentón, de causa desconocida. Nace varón a término, sano, con exploración física normal a excepción de lesión carnosa, rojiza, sobre mentón, de unos 4x3x3 cm de morfología cónica, excrecente. No otras malformaciones asociadas. Se indica resección quirúrgica de la lesión al objeto de investigar su etiología, así como aliviar el impacto estético que supone. El estudio anatomopatológico describe la existencia de múltiples fascículos de fibras musculares lisas, sin atipia, que afectan la dermis y en TCS subyacente, separados por bandas de colágeno normal, compatible con hamartoma congénito de músculo liso. La evolución posterior es satisfactoria, sin recidivas de la lesión y un resultado cosmético excelente al año de la cirugía.

Conclusiones. El hamartoma de músculo liso es una rara alteración embriológica que afecta a la musculatura lisa erectora del pelo, con predominancia en el sexo masculino. Habitualmente se presenta como una placa sobreelevada, localizada en la región lumbar o en extremidades, asociada a un grado variable de hiperpigmentación o hipertrichosis. De manera menos habitual están descritas formas generalizadas (bebé michelín) o formas aisladas, únicas, sin afectación epidérmica, como nuestro paciente. Se trata de lesiones benignas, generalmente asintomáticas, cuyo diagnóstico definitivo es histológico. El abordaje quirúrgico es variable, desde la biopsia a la exéresis completa en función del impacto estético.

- **P.10 Hamartoma mesenquimal hepático quístico unilocular.** Ramos García JL, Villalón Ferrero FN, Garay Manrique J, Ruiz Montesinos I, Fernández Martín M, Larzabal Aramberri M, Eizaguirre Sexmilo I. *Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.*

Objetivos. El hamartoma mesenquimal hepático es un tumor benigno, también denominado linfangioma de células gigantes o fibroadenoma de células biliares, y habitualmente se presenta en pacientes menores de dos años. Presentamos un caso excepcional de forma quística unilocular, en una niña mayor, que no se sospechó con los estudios de imagen y se diagnosticó durante la intervención

Material y Métodos. Caso clínico: mujer de 13 años que acude a Urgencias por cuadro de varios días de dolor abdominal epigástrico, fiebre y distensión abdominal.

A la exploración física destaca abdomen globuloso y masa dura y rugosa que ocupa la totalidad del abdomen a excepción del área suprapúbica, dolorosa en hipocondrio izquierdo y poco desplazable.

En la ecografía se objetiva una masa quística unilocular de 17x10 cm con contenido hemático o mucinoso de probable origen ovárico o mesentérico. En la RMN se aprecia lesión de contenido hemorrágico-proteico de 11,5x16x19 cm que contacta con lóbulo izquierdo hepático.

Durante su ingreso presenta picos febriles por lo que se interviene de urgencia apreciándose una tumoración hepática quística dependiente del lóbulo izquierdo hepático. Se lleva a cabo una bisegmentectomía II-III que engloba la totalidad del tumor.

Resultados. El estudio anatomopatológico mostró una lesión hepática quística unilocular sin recubrimiento epitelial, sustituido por tejido de granulación. En tejido circundante, ductus biliares, células hepatocitarias y elevado componente vascular.

Conclusiones. El hamartoma mesenquimal hepático es poco frecuente pero debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de estas masas abdominales por lo que pueda implicar llevar a cabo de manera no planificada previamente una hepatectomía parcial.

- **P.11 Hamartoma mesenquimal rabdomiomatoso benigno. A propósito de un caso.** Vargas Uribe MC, Ruiz Pruneda R, Hernández Bermejo JP, Rial Asorey SM, Isaac Montero MA. *Hospital General Universitario de Santa Lucía. Cartagena, Murcia.*

Objetivos. El hamartoma mesenquimal rabdomiomatoso, forma parte de los hamartomas descritos en la región de cabeza y cuello. Típicamente se presenta como una lesión cutánea en recién nacidos, papular, cupuliforme o polipoide pedunculada de escasos milímetros a 1-2 cm, y se caracterizan por la presencia de fibras musculares estriadas dispuestas al azar en la dermis y tejido subcutáneo, asociadas con elementos mesenquimales de apariencia normal. Las localizaciones más frecuentes son zona del mentón seguidas de las regiones periorbitaria, periauricular, y línea media anterior del cuello.

Material y Métodos. Paciente masculino de 1 año de edad, a quien desde el nacimiento le observan en línea media cervical anterior (región hioidea), apéndice cutáneo, bilobulado, de 1 x 0,5 cm, de base pequeña, sin aparente comunicación con ninguna otra estructura.

Ecografía cervical normal, y se programa su cirugía para exeresis al año de edad, realizándole exeresis completa del apéndice cutáneo.

Resultados. Pápula cutánea que presenta epidermis reticulada, con eje de tejido conectivo denso y músculo estriado en haces irregulares, correspondiente a hamartoma mesenquimal rabdomiomatoso benigno.

Conclusiones. El hamartoma mesenquimal rabdomiomatoso (HMR) representa un insólito tipo de hamartomas en los que evidenciamos fascículos de músculo estriado que se distribuyen al azar a nivel del compartimento dermo-hipodérmico entre elementos mesenquimales de localización y morfología normal. Presentamos este caso por su escasa frecuencia y porque esta entidad de ontogenia probablemente esté relacionada con la migración de la fibras musculares estriadas regionales dependientes de los arcos branquiales.

- **P.13 Hernia diafragmática asociada a herida torácica perforante por arma blanca.** García Gómez M, Licerías Licerías E, Muñoz Miguelsanz MA, Díaz Moreno E, Castejón Casado FJ, Padilla García MA. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Objetivos. Las heridas penetrantes por arma blanca son infrecuentes en la infancia. Por ello presentamos un caso clínico que asocia lesión diafragmática izquierda con perforación gástrica secundaria a herida en hemitórax izquierdo por arma blanca.

Material y Métodos. Paciente de 1 año que ingresa en UCIP por herida penetrante en hemitórax izquierdo, con parte del parénquima pulmonar viscerado, y heridas superficiales en hipocondrio y región cervical izquierda, producidas por arma blanca. Estable hemodinámicamente, pasa a quirófano para sutura de las mismas, introduciéndose el parénquima en cavidad torácica y dejando tubo de drenaje. A las 12 horas postoperatorias, tras control radioló-

gico, persiste el neumotórax, visualizándose además imágenes compatibles con hernia diafragmática homolateral. Durante la reparación en quirófano se aprecia además, perforación en fundus gástrico, con salida de material a cavidad pleural.

Resultados. Durante el postoperatorio desarrolla empiema pleural que se resuelve con drenaje torácico y tratamiento local con urokinasa durante 6 días y antibioterapia. Dado de alta al mes del incidente sin secuelas importantes salvo las cicatrices múltiples.

Conclusiones. La infrecuencia de las heridas penetrantes por arma blanca condiciona el escaso manejo que los cirujanos pediátricos tenemos de este tipo de lesiones. Además, la asociación de perforación gástrico-diafragmática con la herida torácica y prolapso pulmonar enriquecen la semiología clínica e iconográfica del caso presentado.

- **P.15 Macroductilia congénita en la mano: tratamiento agresivo en una variante progresiva.** Zornoza M, Berenguer B, Gonzalez Meli B, Corona Bellostas C, Tardaguila Calvo AR, De Tomas Palacios E. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La macroductilia se define como aumento de tamaño de todas las estructuras de dedos de la mano o del pie. Puede presentarse de forma primaria o secundaria. La forma primaria es muy rara. Su etiología se desconoce. Existen dos formas primarias: estática y progresiva, siendo esta última más frecuente y grave. Los tratamientos son diversos pero no estandarizados. En los casos progresivos, la cirugía es más agresiva de inicio, no obstante, suelen ser necesarias nuevas intervenciones a lo largo del crecimiento.

Material y Métodos. Varón de 3 días de vida que acude a la consulta de cirugía plástica infantil por macroductilia de cuarto dedo de mano derecha. Se aprecia aumento de tamaño proporcionado de las 3 falanges. Presenta movilidad de la articulación metacarpofalángica normal pero rigidez total en articulaciones interfalángicas. Durante el primer mes el tamaño se mantiene estable con actitud en extensión completa. La radiografía y la ecografía descartan causas secundarias. En el segundo mes comienza con crecimiento progresivo hasta alcanzar un tamaño grotesco. A los 7 meses, se decide amputación del 4º radio para mejorar la estética y función.

Resultados. La cirugía y el postoperatorio transcurren sin incidencias. Actualmente la mano es de morfología casi normal y la utiliza mejor que antes. Es posible que requiera nuevas intervenciones por motivos estéticos o funcionales en el futuro.

Conclusiones. 1) La macroductilia primaria progresiva en la mano es excepcional. 2) Es importante mantener un estrecho seguimiento y tomar una actitud quirúrgica agresiva ante formas progresivas.

- **P.16 Manejo conservador de las hernias traumáticas por manillar de bicicleta.** Díaz Moreno E, Muñoz Miguelsanz MA, Licerías Licerías E, García Gómez M, Padilla García MA, Ruiz Montes AM, Vallejo Díaz D. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Objetivos. La hernia abdominal secundaria a traumatismo por manillar es una entidad poco frecuente. En niños puede ocurrir inclu-

so tras traumatismo de intensidad leve y no suelen asociar afectación intraabdominal.

El objetivo es proponer un manejo conservador de la entidad dada la evidencia de cierre espontáneo y la evolución favorable sin cirugía.

Material y Métodos. Presentamos 2 casos de hernia secundaria a traumatismo abdominal ocasionado por manillar de bicicleta. Al ingreso ambos pacientes fueron evaluados mediante exploración física, que evidenció contusión circular y hematoma localizados en cuadrante inferior derecho e infraumbilical respectivamente. A la palpación presentaron dolor de intensidad moderada y se identificó asa intestinal fácilmente reductible.

Se realizó ecografía, sin evidenciar lesiones en órganos abdominales, apreciándose únicamente defecto de pared abdominal de 1.5 cm de diámetro, con herniación de asas intestinales sin compromiso vascular.

Ante la estabilidad clínica y la ausencia de lesiones, se decide realizar observación hospitalaria durante 5 días.

Resultados. El seguimiento de los pacientes se realizó mediante exploración clínica y controles ecográficos al mes, 3 y 6 meses. La evolución clínica fue favorable, sin signos de herniación ni sintomatología acompañante. En la ecografía se apreció disminución progresiva del tamaño del defecto herniario.

Conclusiones. El manejo conservador de hernia traumática abdominal secundaria a traumatismo por manillar, se plantea como una opción terapéutica alternativa a la reparación quirúrgica clásica, cuando la ausencia de lesiones intraabdominales, la evolución clínica y el tamaño de defecto herniario lo permiten.

- **P.17 Manejo de la ingesta de agente cáustico ácido.** Tuduri Limousin I, Blanca García JA, Morcillo Azcárate J, Pérez Aragón C, Alonso Jiménez L. *Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

Objetivos. Los agentes cáusticos ingeridos accidentalmente en nuestro medio, suelen tener un pH básico, produciendo lesiones esofágicas.

Queremos presentar un caso de ingesta accidental de ácido sulfúrico, dadas sus particularidades.

Material y Métodos. Presentación de Caso clínico.

Resultados. Paciente de 3 años que ingiere dos tragos de H₂SO₄ 38% (pH=1) destinado a piscinas.

Presenta una lesión aislada en lengua; en la endoscopia digestiva (24 horas) se diagnostica gastritis erosiva severa y esofagitis distal grado III (Savary).

Se inicia la protección gástrica, antibioterapia, y tolerancia digestiva (8º día) y se procede al alta.

A los 21 días post-ingesta, reingresa con vómitos y fiebre. Progresivamente los vómitos se generalizan tras las tomas. Se diagnostica una neumonía basal derecha.

En el estudio Gastroduodenal se comprueba cierre del canal pilórico, confirmado por gastroscopia. El TC evidencia tejido sólido entre cámara gástrica y duodeno.

Se decide laparoscopia exploradora, visualizando un puente fibroso de escasa longitud. Mediante laparotomía se realiza gastroduodenostomía (1ª porción) en diamante, sin resección.

Se reinicia tolerancia oral sin incidencias. Los estudios radiológicos y la endoscopia demuestran un adecuado paso.

Conclusiones. Los agentes ácidos ingeridos provocan una escara sobre la zona quemada que limita su penetración en el tejido y sufren un paso rápido por el esófago (causando escasas lesiones) pero provocan un piloroespasmo que retiene el agente, generando una estenosis cicatricial diferida.

Por lo tanto, ante una ingesta de ácido debería tratarse de diluir el agente con agua y controlar la evolución un mínimo de 3 semanas, para controlar el posible cierre gástrico diferido.

- **P.18 Melanosis neurocutánea: manejo terapéutico y seguimiento.** González Herrero M, Delgado Muñoz MD, Martí Carrera E, Gómez Fraile A. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentamos los casos de melanosis neurocutánea en los pacientes diagnosticados de nevus congénito gigante en nuestro centro, su manejo terapéutico y las complicaciones observadas.

Material y Métodos. Revisión de pacientes con Nevus congénito gigante (lesión >9 cm en cuero cabelludo o >6 cm en tronco, o que afecta >2% superficie corporal total). Los datos analizados son localización, tamaño, presencia de lesiones satélites, clínica neurológica y realización de pruebas de imagen.

Resultados. Entre los pacientes en seguimiento por nevus gigante en nuestro servicio se han diagnosticado 4 casos de melanosis neurocutánea. En 2 pacientes el nevus tenía localización dorso-lumbar, en 1 se hallaba situado en cuero cabelludo y MID y en el otro caso en glúteo izquierdo. Se observaron lesiones satélites en 3 pacientes. Respecto a los síntomas neurológicos, 1 de los pacientes falleció tras una hemorragia subaracnoidea 2ª a melanoma, 2 han presentado clínica neurológica (edad de aparición 5 y 9 meses) y el paciente restante está asintomático en el momento actual. El diagnóstico de afectación de SNC se realizó por RMN.

Conclusiones. La localización de nevus gigantes en cuero cabelludo y/o en espalda con afectación de línea media son factores de alto riesgo para el desarrollo de melanosis neurocutánea, e indica la realización de RMN. La melanosis leptomenígea es una entidad considerada de mal pronóstico por lo que se tiende a retrasar el protocolo terapéutico del nevus cutáneo. Sin embargo, en los artículos revisados, se desconoce el periodo libre de síntomas e incluso si presentarán clínica neurológica en el futuro.

- **P.19 Ovario autoamputado.** Gordillo Hernández A, Jiménez Lorente AI, Pérez Bertólez S, Asensio García J, González Mariscal M, Rubio Cordero JL. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Introducción. La autoamputación de ovario es muy poco frecuente, ya que la mayoría de los casos pasa sin diagnóstico. Está íntimamente ligada a los quistes de ovario del periodo prenatal. Estos pueden sufrir torsión intraútero del ovario quístico. Antes de los 2 años, retienen su formación quística. Pasado este tiempo la calcificación es total. Estas diferencias de los diferentes grupos etarios

Material y Métodos. Caso clínico: Presentamos a una paciente de 17 meses que acude por dolor abdominal recurrente y es estu-

diado en Servicio de Pediatría. Se realiza ecografía en la que se aprecia una formación ovalada en hipocondrio derecho de situación infrahepática, prerrenal e independiente de ambas vísceras. Contacta con el colon ascendente sugiriendo duplicación entérica. Al año se repite la ecografía en la que no se encuentra ningún hallazgo. Análitica normal. TAC: Tumoración en ángulo hepático del colon.

Resultados. Tras esto, es intervenida por vía laparoscópica: tumoración de aspecto quístico de 4 cm en fosa ilíaca derecha con tracto fibroso. Ausencia de ovario derecho. Se realiza exéresis de la tumoración y apendicetomía profiláctica. AP: tejido necrótico calcificado. Posible torsión ovárica intraútero.

Discusión. Muchos autores proponen que ante todo hallazgo de una trompa de Falopio atrofica y ovario ausente, con antecedente quiste de ovario, se realice una exploración completa de toda la cavidad abdominal en busca del ovario autoamputado.

Las causas que pueden llevar al hallazgo son la obstrucción urinaria, la oclusión intestinal y dolores recurrentes.

- **P.20 Pancreatectomía parcial en paciente con hiperinsulinismo congénito.** Jiménez Crespo V, Martínez Criado Y, Millán López A, Cabello Laureano R, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Presentación de un caso. Paciente de 3 meses de edad que presentó desde las 48 horas de vida crisis de hipoglucemia, siendo diagnosticada de hiperinsulinismo congénito resistente a tratamiento médico por lo que se decidió realizar pancreatectomía.

Material y Métodos. AP: gestación controlada 39 semanas. Parto distócico con asfixia perinatal grave, y parálisis braquial derecha. Peso al nacimiento 4.453 g. A las 48 h de vida presenta crisis de hipoglucemia no controlables. Se realizó estudio hormonal diagnosticándose de hiperinsulinismo congénito, precisando aportes de glucosa de hasta 20 mg/kg/min y tratamiento con diazósido, octreótide, nifedipino e hidroclorotiazida.

En el PET-TAC con supresión de levo-dopa se evidenciaron tres lesiones pseudo-nodulares una en la cabeza, otra entre el cuerpo y la cola y otra en la cola. Se realizó ecografía intraoperatoria no detectándose focos concretos. Se enviaron muestras de la cola del páncreas descartando hiperplasia difusa de los islotes, evidenciándose hiperplasia en dos focos. Se procedió a sección corporocaudal que nos informan como alteraciones propias de hiperinsulinismo difuso de predominio caudal (nesidioblastosis).

Resultados. Desde la intervención los niveles de glucemia han ido normalizándose sin precisar aportes extra de glucosa en la actualidad ni medicación. La paciente está siendo controlada en consulta.

Conclusiones. Existen dos tipos de hiperinsulinismo, focal y difuso. En nuestro caso la cirugía ha permitido un adecuado control metabólico de dicha patología.

- **P.21 Papel de la colostomía en el tratamiento del tumor de Buschke-Löwenstein en la infancia.** Martínez Criado Y, Morcillo Azcárate J, Cabrera R, Jiménez U, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El tumor de Buschke-Löwenstein (TBL) es una lesión verrucosa e infiltrante de la región anogenital causada por el virus del papiloma humano 6 y 11. Otros factores que contribuyen son la baja higiene, irritación crónica e inmunosupresión celular. Su aparición en niños es excepcional.

El tratamiento, entre otros, es la exéresis radical, pero las condiciones ambientales de su localización hacen que la recidiva sea frecuente.

Material y Métodos. Niña de 6 años con VIH estadio B3 remitida a nuestro centro por TBL.

En la exploración se objetivó condilomas gigantes en región perianal, labios mayores y menores, que infiltraban mucosa rectal y vaginal.

Resultados. Se realizó colostomía en colon descendente y al mes exéresis quirúrgica radical de las lesiones en labios mayores y menores, clítoris, región perianal y mucosa rectal, con cierre primario del defecto. Se dejó sonda vesical, realizándose curas con podofilina. Alta al 7º día del postoperatorio. El estudio anatomopatológico descartó zonas de transformación maligna. No se objetivó recidiva en el seguimiento, reconstruyendo el tránsito a los 10 meses.

Conclusiones. El tratamiento de elección del TBL infantil es la exéresis radical. La colostomía previa permite un aislamiento de la zona, evitando contacto con heces, mejorando la higiene y por tanto, favoreciendo la cicatrización, disminuyendo las infecciones y las posibilidades de recidiva.

El cierre de la colostomía se debe realizar cuando tras un seguimiento prolongado no aparecen recidivas.

- **P.22 Peculiaridades de la práctica de la Cirugía Pediátrica en misiones de cooperación sanitaria internacional.** Muñoz Miguelsanz MA¹, Licerias Licerias E¹, Moreno Díaz E¹, García Gómez M¹, Castejón Casado FJ¹, Padilla García MA¹, García Henares JF². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Anestesiología y Reanimación. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Objetivos. La práctica de la Cirugía Pediátrica en nuestro medio diverge significativamente de la desarrollada en misiones de cooperación internacional debido a diversos factores entre los que destacamos la presencia de cuadros clínicos específicos derivados de la falta de asistencia médico-quirúrgica y la patología derivada del bajo nivel socioeconómico. Describir las características específicas de la práctica de la Cirugía Pediátrica estas áreas.

Material y Métodos. En base a la experiencia de varios cirujanos pediátricos integrados en diversas unidades de cooperación sanitaria internacional multidisciplinaria. Se describen una serie de casos peculiares por su presentación y tratamiento, muy distintos de la patología quirúrgica observada en nuestro medio.

Resultados. Presentación de diversos casos clínicos peculiares:

- Quemaduras y cicatrices retráctiles invalidantes de años de evolución que requieren amputaciones e injertos.
- Fracturas mal consolidadas que requirieron osteotomías correctoras
- Invaginaciones colocolílicas secundarias a amebiasis.
- Patologías derivadas de parasitosis endémicas con severa afectación hepática y renal

- Patología ginecológica sintomática de larga evolución
- Malformaciones congénitas graves no tratadas.

Conclusiones. La falta de asistencia médico-quirúrgica en países deprimidos socio-económicamente, unida a la patología agravada por la situación desfavorecida de dichas áreas, hace que algunas patologías aumenten su incidencia o alteren su presentación clínica en dichos países. La cooperación sanitaria en estas zonas sigue siendo importante.

- **P.23 Quiste cervical anterior. No siempre un linfangioma.** Lara A, Guillén G, Laín A, Bordón EA, Lloret J, Martínez-Ibáñez V, Vázquez E. *Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

Objetivos. Los quistes tímicos suponen un 3% de las masas cervicales y son excepcionales en niños. Pueden clasificarse en congénitos (los más frecuentes) o adquiridos (debiendo descartar otras enfermedades). Suelen ser asintomáticos, aunque pueden causar distrés respiratorio, sobreinfección o crecimiento. Presentamos un caso diagnosticado a los 20 meses de vida.

Material y Métodos. Paciente subsahariano de 20 meses con antecedentes de bronquitis y neumonía enviado a nuestro centro por masa cervical y estridor respiratorio de una semana de evolución. Había recibido corticoterapia y antibioterapia.

Resultados. Se realizaron ecografía, TC y RMN hallando una lesión quística bilobulada, probablemente sobreinfectada, cervical anterior con extensión infrahiodea al mediastino y que causaba compresión traqueal. Bajo la orientación de linfangioma quístico infectado y tras una semana de tratamiento antibiótico sin resolución, se decide intervención quirúrgica. Se halló una masa quística uniloculada y sobreinfectada en contacto con la tráquea, que se resecó de forma subtotal. El paciente fue extubado a las 12 horas y dado de alta al 6º día postoperatorio. El cultivo del material intraquístico fue positivo para *S. Aureus*. El diagnóstico histológico fue quiste tímico. Con un seguimiento de 5m el paciente permanece asintomático y con ecografías normales.

Conclusiones. Los quistes tímicos deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas quísticas cervicales. Aunque las lesiones congénitas suelen ser laterales, aquí presentamos una masa central bilateral y simétrica. Ante un aumento de tamaño y/o dificultad respiratoria, debemos descartar la sobreinfección como complicación más frecuente y valorar la cirugía urgente.

- **P.24 Quiste de duplicación intestinal en el suelo de la boca. Una rara localización.** Rodríguez de Alarcón García J, Espinosa Góngora R, Luis AL, Souto H, Enríquez de Salamanca J, Mancha de la Plata M. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Los quistes de duplicación de intestino anterior representan aproximadamente un tercio de las duplicaciones intestinales. Su localización en el suelo de la boca es extremadamente rara. Son más frecuentes en varones y sólo alrededor de un 30% producen síntomas. Presentación de un caso.

Material y Métodos. Presentamos un paciente varón de 4 años de edad que acude a consulta con tumoración quística submento-

niana que protruye en el suelo de la boca sin sintomatología asociada. Se realiza ecografía donde se aprecia en el espacio submentoniano una lesión de características quísticas y contenido ecogénico en su interior y otra lesión de similares características justo por debajo de la anterior. Se amplía el estudio con una RMN donde se objetiva una lesión quística con 2 componentes localizados en el suelo de la boca y raíz de la lengua. Se realiza intervención quirúrgica con abordaje intraoral, incisión horizontal en la cara ventral de lengua y extirpación subtotal de la lesión dejando resto en vallécula.

Resultados. El estudio anatomopatológico realiza el diagnóstico de quiste de intestino anterior. Postoperatorio sin complicaciones. Control a los 6 meses con RMN donde no se aprecian lesiones quísticas ni en suelo de la boca ni en base de lengua.

Conclusiones. Los quistes de duplicación intestinal en el suelo de la boca, aunque son raros, deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas cervicales y su diagnóstico definitivo es histológico.

El abordaje intraoral ofrece una buena exposición de la lesión permitiendo su extirpación sin dificultad y un buen resultado estético.

- **P.26 Seno epidermoide nasal de la línea media: la necesidad de un estudio de imagen detallado para la planificación quirúrgica.** García Smith N, Bejarano M, Albert A, Parri FJ, Palazón P, Martín O, Manzanares A. *Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic, Univesitat de Barcelona.*

Objetivos. Presentar un caso nuevo de seno epidermoide nasal de extensión hasta fosa craneal anterior. Revisar el manejo de casos similares publicados en la literatura.

Material y Métodos. Caso: Niño de 15 meses que acudió a urgencias por presenar, en la región superior de la línea media nasal un seno cutáneo con pelo emergiendo de su interior. Presentaba enrojecimiento, tumefacción y dolor de 1 semana de evolución. Se inició tratamiento antibiótico. Una TC mostró un quiste por debajo de los huesos nasales que llegaba hasta la Crista galli, de apariencia bífida, y un defecto óseo de la fosa craneal anterior. Una RM mostró un quiste de 2 cm polilobulado introduciéndose hacia fosa craneal anterior a través del foramen cecum, en contacto con las circunvoluciones cerebrales. Las pruebas de imagen confirman el diagnóstico de quiste epidermoide extra e intracraneal. Se realizó con éxito una exéresis completa mediante abordaje combinado bicoronal intradural y de línea media nasal.

Resultados. El niño se recuperó sin incidencias. Actualmente presenta una excelente cicatrización de las heridas y ausencia de recidiva.

Conclusiones. Hasta un 45% de los casos de quistes epidermoides de la línea media nasal publicados tienen extensión intracraneal. Nuestra opinión es que la incidencia está sobreestimada debido a una escasa publicación de quistes simples banales.

No hay signos externos en el examen físico que puedan determinar la existencia de extensión intracraneal. Por ello, un estudio de imagen preoperatorio detallado es la única manera de proporcionar un tratamiento quirúrgico seguro, que podría ser más complejo que el tratamiento de un quiste simple.

- **P.27 “Síndrome del cinturón de seguridad” por uso incorrecto del dispositivo abdominal.** Gómez Beltrán ÓD, Vázquez Rueda F, Lasso Betancor CE, Ayala Montoro J, Castillo Fernández AL, Murcia Pascual FJ, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Los accidentes de tráfico son la causa principal de muerte en niños entre 2 y 14 años. El uso de dispositivos de seguridad, ha reducido su morbi-mortalidad, pero en ocasiones, pueden causar lesiones graves englobadas en el “síndrome del cinturón de seguridad”: lesiones vertebrales, medulares, abdominales, músculo-esqueléticas y cutáneas.

Material y Métodos. Mujer de 13 años y 70 kg de peso, que sufre politraumatismo por accidente de tráfico como pasajera, sin pérdida de consciencia. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación difusa, con signos de irritación peritoneal y abrasión por marca de banda abdominal de cinturón de seguridad en ambos flancos. No déficit motor ni sensitivo

Se realiza TAC: fractura-luxación de L2 y compresión de la cola de caballo, ruptura interna transversal de la pared abdominal con eventración de asas intestinales en mesogastrio, perforación de colon descendente, laceración renal izquierda y laceración esplénica.

Resultados. Se practica laparotomía media, evidenciándose además, hematoma en mesenterio con desgarro de asa ileal y peritonitis fecaloidea. Tras lavado peritoneal, se realiza colostomía izquierda de cabos separados, resección y anastomosis ileo-ileal, con reconstrucción de pared abdominal por planos y cierre con malla de ácido poliglicólico. Evolución favorable, realizándose al 6º día postoperatorio, reducción y artrodesis posterior de T12 a L4.

Conclusiones. El uso incorrecto del cinturón de seguridad, puede causar graves lesiones en el politraumatizado por accidente de tráfico

El hallazgo de lesiones equimóticas cutáneas producidas por el cinturón de seguridad, debe ser un signo de alarma para sospechar lesiones abdominales, evitando retrasos terapéuticos y aumento de la morbi-mortalidad

- **P.28 Smartphones en quirófano: ¿sistema iOS o android?** García-Núñez B. *Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. Nos movemos en un mundo en constante evolución tecnológica, y este veloz desarrollo de nuevas tecnologías está abordando todos los campos, incluido el de la medicina y más en concreto, el de la cirugía: técnicas mínimamente invasivas, robótica, simulación quirúrgica, etc.

Queremos remarcar la importancia creciente que están adquiriendo los smartphones, en nuestro ámbito laboral, y más concretamente en el ambiente quirúrgico.

Material y Métodos. Los smartphones son los máximos representantes actuales de las nuevas tecnologías visuales y de la comunicación y hoy en día, es difícil no encontrar uno dentro de quirófano.

Resultados. Integran cámaras de calidad elevada, capaces de sacar fotografías y videos hasta en alta definición. Además, cuentan con acceso rápido a Internet y aplicaciones que reproducen al instante atlas anatómicos e incluso libros quirúrgicos completos.

Conclusiones. Con la llegada de estos nuevos dispositivos móviles, y gracias a su amplia y exitosa difusión general, disponemos de una herramienta cercana, sencilla y siempre a mano con la que poder acceder a cualquier documento y además, registrar cualquier hallazgo, técnica, situación eventual, o incluso un procedimiento quirúrgico completo, sin la necesidad de tener que preveer y portar a quirófano una cámara de fotos o una cámara de video, facilitando así su difusión, ya sea en un entorno local (compañeros y médicos residentes en formación) como dentro de la comunidad quirúrgica general (congreso, foros...) pudiendo así favorecer y aumentar la experiencia y la formación quirúrgica global de todos en base a la experiencia personal de cada cirujano.

- **P.29 Tiroidectomía total por enfermedad de Graves-Base-dow.** Molina Caballero A, González Temprano N, Chueca Guindulain MJ, Lecumberri García N, Pisón Chacón J, Bento Bravo L. *Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona*

Objetivos. La causa más frecuente de hipertiroidismo en la infancia es la enfermedad de Graves-Base-dow. Esta patología autoinmune, más prevalente entre mujeres, se manifiesta en la adolescencia y se caracteriza por hipertiroidismo, bocio difuso y oftalmopatía. Los fármacos antitiroideos son la primera opción terapéutica, reservando radio-I131 y la cirugía para pacientes refractarios. Presentamos una paciente prepuberal que requirió tratamiento quirúrgico.

Material y Métodos. Paciente de 11 años, sin antecedentes de interés excepto tía materna afecta de hipotiroidismo. A los 9 años comienza con pérdida de peso, ritmo deposicional aumentado, astenia y fracaso escolar. Análítica sanguínea con tirotrópina suprimida de 0,008 mU/L, tiroxina libre (FT4) de 6,00 ng/dL y triyodotironina (T3) de 16,3 ng/L. Anticuerpos estimulantes del receptor de TSH positivos (20,6 U/L) y anti-tiroglobulina y anti-peroxidasa positivos (121 Ku arb/L y >1.000, respectivamente). La ecografía muestra bocio difuso homogéneo e hipervascularización, sin apreciarse nódulos tiroideos.

Resultados. Tras 2 años de tratamiento farmacológico sin remisión clínica ni analítica, persiste el bocio grado III y el exoftalmos. Por ello se realiza tiroidectomía total, previa administración de Lugol y corticoides para disminuir la vascularización e inflamación tiroidea. Se decide éste tratamiento frente al radio-I131, debido al tamaño del bocio y la edad de la paciente. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias

Conclusiones. Consideramos interesante nuestra aportación sobre el abordaje terapéutico en este caso, dada la precocidad con la que se presentó la enfermedad, la gravedad de la sintomatología y su escasa respuesta al tratamiento habitual.

- **P.30 Torsión aislada de trompa de Falopio, una causa rara de abdomen agudo.** Jiménez Crespo V, Delgado Cotán L, Aspiazu Salinas D, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Destacar la importancia de hacer un correcto diagnóstico diferencial en casos de abdomen agudo de causa inusual.

Material y Métodos. Paciente de 11 años de edad con antecedentes personales de pubertad precoz y obesidad que ingresa por

cuadro de dolor abdominal intenso localizado en FII. Se realiza ecografía abdominal visualizándose formación quística de 7 cm unilocular y de pared lisa en región anexial izquierda en contacto con cara posterior del ovario izquierdo. Ante el cuadro de abdomen agudo se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparoscopia urgente, se visualiza torsión tubárica, se detorsiona y reseca de la masa quística con preservación de la trompa.

Resultados. El informe histopatológico concluye que se trata de un quiste seroso paratubárico. El postoperatorio cursó sin incidencias y en la actualidad la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones. La torsión anexial y paraanexial debe tenerse en cuenta en toda mujer con dolor agudo en hemiabdomen inferior, ya que un retraso en el diagnóstico y tratamiento puede dar lugar a la pérdida del anejo. Constituye una urgencia quirúrgica y la laparoscopia es útil. Es necesario pedir marcadores tumorales (AFP y BHCG) en niñas con masas de estas características por la posibilidad de malignidad.

- **P.31 Tratamiento antibiótico en las apendicitis aguda no complicadas: ¿el tiempo importa?** Mangas Álvarez L, Couselo Jerez M, Bordallo Vázquez M, Fonseca Martín R, Marco Macian A, Gutiérrez Sanroman C, García Sala Viquer C. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. Comparación de dos pautas de tratamiento antibiótico intravenoso (ABiv) de diferente duración en pacientes intervenidos por apendicitis aguda no complicada en la edad pediátrica.

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de las apendicitis agudas no complicadas (sin gangrena o perforación en la pared apendicular) entre enero y mayo de 2011. Se compararon dos pautas de ABiv: 3 días con Piperacilina-Tazobactam (grupo A) frente a 3 dosis con Piperacilina-Tazobactam (grupo B). Se estudiaron las variables complicaciones (infección intraabdominal, obstrucción intestinal, infección de herida, otras), duración total del ABiv, días de ingreso y número de reingresos. Los grupos A y B se compararon mediante las pruebas t-Student (variables cuantitativas) y Chi-cuadrado (variables cualitativas).

Resultados. Se incluyeron 122 pacientes: 63 (51,6%) en A y 59 (49,4%) en B. Se produjeron 2 complicaciones en A y 3 en B (RR=1,60; IC 95%: 0,28-9,25; Chi-cuadrado=0,28, p=0,6). No hubo reingresos ni reintervenciones quirúrgicas en ningún grupo. La media de días de ingreso fue 3,7 días en A y 2,3 días en B (t=5,96; p<0,001) y la media de duración del ABiv fue 3,05 días en A y 1,1 días en B (t=9,91; p<0,001).

Conclusiones. No se encontraron diferencias significativas en el número de complicaciones entre los pacientes tratados con 3 dosis de ABiv o 3 días ABiv. La pauta corta de ABiv ofrece ventajas significativas en cuanto a la duración final del tratamiento antibiótico y el tiempo de ingreso.

- **P.32 Tratamiento quirúrgico combinado de la fascitis necrotizante: a propósito de un caso.** Tardáguila Calvo AR, González Meli B, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R, De Tomás E, Berenguer Fhroner B, Cerdá Berrocal JA, Peláez Mata D. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La fascitis necrotizante es una grave infección que afecta precozmente a los tejidos profundos (subcutáneo, fascia y músculo) y tardíamente a la piel. Su rapidísima evolución clínica sin lesiones visibles que ayuden al diagnóstico hacen que tenga elevadísima mortalidad y gran morbilidad en caso de supervivencia. El tratamiento consiste en un desbridamiento quirúrgico agresivo, seguido de una reconstrucción lo más temprana posible.

Material y Métodos. Presentamos un caso de fascitis necrotizante en un niño de 18 meses.

Resultados. Acude a urgencias por cuadro de 12 horas de evolución de decaimiento, fiebre y eritema doloroso de 5 cm en flanco derecho. Instauramos tratamiento antibiótico. Ante el empeoramiento clínico y progresión de las lesiones decidimos desbridamiento quirúrgico. Intraoperatoriamente objetivamos necrosis de tejidos profundos hasta fascia en hemiabdomen y flanco derecho, hasta línea mamilar y línea medioaxilar. A las 24 horas aparición de placa en muslo derecho, reintervención con fasciotomía de fascia lata y ampliación de bordes de desbridamiento. Mejoría progresiva permitiendo el inicio precoz de la fase reconstructiva a los 3 días: colocación de sistema de terapia VAC® en la herida y toma de biopsia de piel para cultivo de queratinocitos, que se injertan a las tres semanas. Actualmente el defecto se encuentra epitelizado, pendiente de plastia local.

Conclusiones. La fascitis necrotizante necesita un amplio índice de sospecha dada la desproporción entre la afectación cutánea y la de tejidos profundos. Su tratamiento ideal consta de dos fases: desbridamiento agresivo inicial que evita la mortalidad, y fase reconstructiva tan pronto como se haya logrado la estabilidad clínica.

- **P.33 Trombosis vena cava inferior secundaria a canalización femoral.** Hernández Bermejo JP, Rial Asorey EM, Ruiz Prunedra R, Vargas Uribe C. *Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.*

Objetivos. La trombosis venosa profunda, frecuente en adultos, es rara en la población Pediátrica. Cuando se produce, aparece asociada a catéteres venosos centrales en más del 50% de los casos. Cada vez es mayor el número de casos comunicados posiblemente como resultado de terapias agresivas aplicadas en procesos extremadamente graves durante el periodo neonatal.

Material y Métodos. Niña de 10 años remitida para valoración de dilataciones varicosas en miembros inferiores y pared abdominal. Antecedentes: ingreso al nacimiento en UCI neonatal por hidrops fetal, isoinmunización Rh, ascitis severa.

Exploración: destaca a la inspección gran circulación colateral a nivel de abdomen y torax derechos y dilataciones varicosas tortuosas en miembros inferiores, especialmente el derecho.

Cicatriz de venotomía en raíz de muslo derecho.

Resultados. Exámenes complementarios: Angiotac: trombosis de vena cava inferior infrarrenal con extensa circulación colateral a expensas de plexos venosos lumbares, venas ováricas, fundamentalmente la derecha, muy dilatada y tortuosa que asciende hasta cava suprarrenal. Trombosis de vena femoral derecha. Dilatación varicosa de venas epigástricas. No malformaciones viscerales. Dilatación varicosa de venas superficiales del miembro inferior derecho.

Conclusiones. La trombosis del sistema venoso profundo puede relacionarse con la canalización femoral realizada en el periodo

neonatal. Puede pasar desapercibida si la circulación colateral que se establece es suficiente para superar la obstrucción. Debemos de sospechar la existencia de esta complicación ante todo niño con dilataciones varicosas en miembros inferiores, especialmente si tienen antecedentes de canalizaciones centrales. Una vez diagnosticada, el tratamiento es conservador.

- **P.34 Utilidad de los Hospitales concertados en la formación de los residentes de Cirugía Pediátrica.** Girón Vallejo O, Reyes Ríos PY, Fernández Ibieta M, Cabrejos Perotti K, Bueno Ruiz JF, Ruiz Jiménez JI. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. La formación residentes de Cirugía Pediátrica en los grandes hospitales, a veces, queda supeditada a la realización de escasas intervenciones como primer cirujano o a la ayudantía en la mayoría de las ocasiones.

Proponemos para suplir el defecto en cuanto a número de intervenciones realizadas por el residente, el modelo de un Hospital concertado, en el que desde 1998 se vienen realizando una media de 700 intervenciones anuales.

Material y Métodos. Describimos la actividad asistencial del Hospital concertado durante el año 2011, donde se realizan la mayoría de los procesos de Cirugía Mayor Ambulatoria de los niños de la Región de Murcia. Esta actividad asistencial la realiza el residente de segundo año acompañado de un adjunto, durante tres días a la semana.

Resultados. Los procedimientos realizados por el residente, tras un período de formación y entrenamiento es:

- Circuncisiones: 209.
- Frenulectomía sublingual: 51.
- Orquidopexias: 26.
- Hidrocelectomía: 47.
- Herniorrafias umbilicales: 76.
- Herniorrafia inguinal unilateral: 111.
- Herniorrafia inguinal bilateral: 5.
- Herniorrafia epigástrica: 34.
- Otoplastias: 6.
- Exéresis Quistes de cola de ceja: 4.
- Exéresis lesiones cutáneas: 36.

Fueron 605 casos realizados en por el residente, como primer cirujano, tutorizado por Facultativos Especialistas de Cirugía Pediátrica.

Conclusiones. Creemos que la apertura de la patología pediátrica, a los Hospitales concertados, suponen una posibilidad nada desdeñable, en cuanto a un claro aumento del número de intervenciones, con los efectos consecuentes sobre la curva de aprendizaje de los procesos ambulatorios más frecuentes en Cirugía Pediátrica

- **P.36 Adenomiomatosis vesicular. Un hallazgo excepcional en Pediatría.** Fernández Córdoba MS, González Piñera J, Hernández Anselmi E, Marijuán Sahuquillo V, Argumosa Salazar Y, Nam Cha SH, Balmaseda Serrano EM. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. La adenomiomatosis vesicular es una enfermedad adquirida del adulto asociada a coledocitis y colecistitis crónica y

que se ha relacionado con el carcinoma. Han sido pocos los casos descritos en niños, el primero hace 13 años.

Material y Métodos. Aportamos un nuevo caso pediátrico sin relación con patología en la vía biliar.

Resultados. Niña de 8 años que consulta por dolor abdominal recurrente y dispepsia de 4 meses de evolución, sin episodios de ictericia ni acolia. Una ecografía abdominal detectó vesícula alitiásica con pared difusamente engrosada y múltiples imágenes polipoideas milimétricas, sin dilatación de la vía biliar. La serología vírica, el perfil hepático, renal, lipídico, la amilasa, la lipasa y la ferrocínica fueron normales. Se descartó enfermedad celíaca y el test del aliento fue normal. Se realizó colecistectomía laparoscópica, cursando el postoperatorio sin complicaciones, con desaparición de la sintomatología. La vesícula biliar escindida presentaba en el fundus una marcada disminución de la luz con mucosa engrosada y milimétricas lesiones polipoideas. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de adenomioma al encontrar neoformaciones benignas leiomiomas y células epiteliales adenomatosas.

Conclusiones. La existencia de sobreelevaciones difusas o localizadas de predominio en el fondo sacular de la vesícula es sugestiva de esta patología, siendo muy rara la forma polipoide pediculada. El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica aun en los casos asintomáticos, a diferencia de los pólipos vesiculares aislados que permiten una actitud expectante. No se requieren resecciones ampliadas al tratarse de una lesión benigna, aunque con posible potencial de transformación en edad adulta.

- **P.37 Agenesia de vesícula y atresia duodenal: una rara asociación que debemos conocer.** Tardáguila Calvo AR, Fanjul Gómez M, Cerdá Berrocal J, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R, Cañizo López A, Molina Hernando E, Peláez Mata D, García-Casillas MA, Romero Ruiz RM. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La agenesia de vesícula sin atresia de la vía biliar extrahepática es una rara anomalía congénita. De forma excepcional, solo 12 casos descritos, puede asociarse a atresia duodenal. Esta asociación infrecuente no es casual ya que puede deberse a una alteración genética específica. Por tanto, debemos tenerla en cuenta en neonatos con atresia duodenal en los que no se consigue visualización ecográfica de la vesícula, y modificar nuestra actitud diagnóstica.

Material y Métodos. Describimos un caso de atresia duodenal con agenesia de vesícula biliar y revisamos la literatura

Resultados. Recién nacida de 35 semanas, 2.060 gramos, con sospecha prenatal de atresia intestinal, confirmada al nacimiento por imagen de doble burbuja en radiografía de abdomen. En la ecografía abdominal preoperatoria realizada no se visualiza la vesícula biliar. Intraoperatoriamente se describe una atresia duodenal tipo III, se realiza duodenoduodenostomía y se explora la cavidad abdominal sin visualizar la vesícula. Los controles bioquímicos postoperatorios son normales, el HIDA a los 15 días demuestra buena captación hepática del radiotrazador y eliminación intestinal sin identificación de la vesícula. Un año después la paciente está asintomática, con perfil hepático y bilirrubina normales

Conclusiones. Ante un niño con atresia duodenal, en el que no objetivamos la vesícula en la ecografía abdominal preoperatoria, es obli-

gatorio descartar durante la intervención su ausencia, sin indicación de realización de maniobras invasivas. Si esta asociación está presente se debe estudiar el cariotipo en busca del gen responsable. Si todos los estudios son negativos, el pronóstico final equivale al de la atresia.

- **P.38 Apendicitis aguda, ¿debemos diferenciar el manejo en el niño obeso?** Gallego Mellado N, Albertos Mira-Marcelí N, Mira Navarro J, Romero M, Sánchez Paris O, Encinas Goenechea A, González López F, Martín Hortigüela ME, Navarro C, GarRamón Trinchieri ND. *Hospital General Universitario de Alicante*.

Objetivos. En los últimos años la incidencia de obesidad infantil ha sufrido un aumento considerable. Hay pocos estudios en población pediátrica de cómo este factor altera las complicaciones quirúrgicas. El objetivo de este trabajo es describir cómo la obesidad afecta a la presentación, diagnóstico y complicaciones en niños con apendicitis aguda.

Material y Métodos. Hemos realizado un estudio prospectivo que incluye a todos los niños entre 1 y 13 años diagnosticados de apendicitis aguda e intervenidos en nuestro servicio en el último año. Se recogieron datos demográficos y se dividieron a los pacientes en dos grupos, expuestos al factor de riesgo y no expuestos. En el grupo de expuestos se incluyeron a todos los pacientes con criterios de sobrepeso y obesidad, según su IMC. Además se tomaron los siguientes datos: días de estancia hospitalaria, antibioterapia, uso de laparoscopia, horas de evolución, tipo de apendicitis, necesidad de ecografía para el diagnóstico y morbilidad postoperatoria.

Resultados. El tamaño muestral fue de 70 pacientes de los cuales el 10% eran obesos y el 11,4% con sobrepeso. Los factores de riesgo para aumento de morbilidad fueron menor edad, más tiempo de evolución, apendicitis perforadas y tener IMC superior a la normalidad.

Conclusiones. Según nuestros datos, la obesidad y sobrepeso afectan a los resultados postquirúrgicos en niños intervenidos de apendicitis aguda; por tanto, ante la creciente incidencia de obesidad infantil deberíamos tener en cuenta estos datos de cara a disminuir la morbilidad en estos pacientes.

- **P.39 Asociación de quistes esplénicos epiteliales primarios en paciente con Glomerulonefritis Ig A.** González Mariscal M, Jiménez Lorente AI, Rubio Cordero JL, Asensio García J, Pérez Bertolez S. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*.

Objetivos. Comunicar la asociación y el diagnóstico sincrónico en un paciente con Enfermedad de Berger y quistes esplénicos primarios epiteliales.

Material y Métodos. Paciente de 12 años de edad, asintomático, que súbitamente comienza con un cuadro de hematuria. Se realizan exámenes complementarios donde se demuestra el origen glomerular de la hematuria, así como la presencia de una gran esplenomegalia dependiente de una doble lesión, catalogada como hamartomatosa.

Se lleva a cabo esplenectomía y biopsia renal abierta

Resultados. El estudio histopatológico confirma la presencia de Glomerulonefritis proliferativa mesangial por depósitos de Ig A (enfermedad de Berger), así como la presencia de dos lesiones esplé-

nicas compatibles con quistes epiteliales (quistes primarios no parasitarios), una en el polo superior de 12 cm y otra a nivel central de 4 cm de diámetro respectivamente

Conclusiones. La nefropatía Ig A es la causa más común de enfermedad glomerular. No es una afección benigna, siguiendo una evolución crónica y progresiva, siendo la causa más frecuente de Insuficiencia renal y diálisis en pacientes jóvenes. Los brotes suelen ocurrir tras episodios infecciosos de vías altas. La esplenectomía en pacientes jóvenes aumenta el riesgo de aparición de infecciones y cuadros sépticos, por lo que en los casos que sea posible, las lesiones quísticas epiteliales deberían ser extirpadas manteniendo el máximo tejido esplénico posible.

- **P.40 Duplicación intestinal: presentación de 4 casos y revisión de la bibliografía.** Requena Díaz M, Fernández Pineda I, Aspiazú Salinas D, Jiménez Crespo V, Valladares Mendias JC, Fernández Hurtado M, De Agustín Asensio JC. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*.

Objetivos. Presentación de 4 pacientes intervenidos en el último año junto con la correspondiente revisión bibliográfica.

Material y Métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por duplicación intestinal en el año 2011, analizando presentación clínica, pruebas de imagen, hallazgos operatorios e histología.

Resultados. Se intervinieron 4 niñas por duplicación intestinal, con rango de edad entre 3 meses a 8 años (edad media: 2.6 años, mediana: 13.5 meses). Tres de ellas con diagnóstico prenatal ecográfico sospechoso de malformación linfática, quistes de ovario y duplicación intestinal; todas ellas asintomáticas y de edad entre los 3 y 20 meses. La niña restante fue intervenida a los 8 años de edad por presentar clínica de dolor y masa abdominal, además de ECO y TAC sugestivos de quiste ovárico hemorrágico. Todas las duplicaciones se localizaron en intestino delgado. Una de ellas presentó 4 quistes de duplicación, el resto presentó quistes únicos. En tres de los casos se realizó laparoscopia; dos utilizando una incisión umbilical ampliada por la que se reseco el quiste y se realizó anastomosis termino-terminal, en la otra, una minilaparotomía transumbilical. En el último caso se realizó laparotomía transversa supraumbilical derecha. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

Conclusiones. Según la bibliografía, el diagnóstico prenatal detecta el 25% de los casos, si bien en nuestra pequeña serie, la ecografía fetal detectó una masa quística intraabdominal en el 75% de los casos. Entorno a un 13% de los casos se diagnostican por encima de los 2 años de edad (25% en nuestro caso).

- **P.42 Estreñimiento crónico severo en un adolescente con hipoganglionismo rectosigmoideo tratado mediante abordaje laparoscópico y descenso transanal.** Cavaco Fernandes R, Amato Valero S, Enríquez Zarabozo E, Núñez Núñez R, Moreno Hurtado C, SantaMaría Osorio JL. *Hospital Materno Infantil. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*.

Objetivos. Aproximadamente un 10% de los pacientes con estreñimiento crónico sufren alguna anomalía en el sistema nervioso enté-

rico como el hipoganglionismo. Se presenta a un paciente con esta patología, cuyas características clínicas, y la técnica quirúrgica utilizada le confieren un interés especial.

Material y Métodos. Hombre de 13 años, obeso, con estreñimiento crónico severo desde el nacimiento, de difícil manejo con medidas conservadoras. En el enema opaco se aprecia el rectosigmo dilatado y redundante con posible zona de “transición” rectal. En la manometría anorrectal se observa la presencia del reflejo inhibidor del ano. Las biopsias rectales (de espesor total y por succión) demuestran una gran disminución de células ganglionares en los plexos nerviosos, compatibles con un hipoganglionismo. Dada la dificultad técnica que planteaba la realización de una laparotomía y posible morbilidad a causa de su obesidad, se opta por efectuar un abordaje laparoscópico abdominal para ligadura del mesocolon y toma de biopsias, y utilizar la vía transanal para la resección del rectosigmo y para practicar la anastomosis colo-anal.

Resultados. El estudio histológico de la pieza resecada revela un hipoganglionismo en recto y en la parte distal de sigma. Tras la intervención se le normaliza el tránsito intestinal, con deposiciones diarias, sin precisar ningún otro tratamiento.

Conclusiones. El abordaje laparoscópico y la vía transanal han permitido la rectosigmoidectomía y la anastomosis coloanal con un resultado funcional excelente. Pensamos que en estos pacientes, la técnica empleada, con ausencia de morbilidad, es una buena alternativa a la laparotomía.

- **P.43 Fístula recto-bulbar en contexto de síndrome de regresión caudal en niño continente.** Galbarriatu Gutiérrez A¹, Solórzano Rodríguez E¹, Medrano Méndez L¹, Ruiz Ajá E¹, Martínez Ezquerro N², López Álvarez-Buhilla P¹. ¹Servicio Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Describir el manejo y evolución de un paciente con malformación anorrectal (MAR) alta asociada a síndrome de regresión caudal al que se le realizó anorectoplastia y que en la actualidad presenta continencia de esfínteres y deambulación autónoma.

Material y Métodos. Presentamos el caso de un neonato varón que a la exploración presenta ano imperforado y nalgas planas con salida de meconio por uretra en contexto de MAR alta con fístula recto-urinaria. Además asocia agenesis sacra completa con fusión L4-L5, cono medular ensanchado con morfología “de maza” a la altura de D12-L1 y displasia bilateral de caderas con atrofia de miembros inferiores. Se realiza colostomía a las 24 horas de vida. A los 7 meses, se practica anorectoplastia sagital posterior y ligadura de la fístula. A los 20 meses se realiza el cierre de la colostomía.

Resultados. En la actualidad el niño es continente objetivado clínica y manométricamente además de presentar deambulación autónoma. Refiere urgencia deposicional durante el día con buen control durante la noche.

Conclusiones. El síndrome de regresión caudal es una rara entidad asociada a una serie de malformaciones congénitas que varían desde ano imperforado aislado a anomalías del tracto urogenital, digestivo y canal espinal con ausencia completa de sacro y/o vértebras lumbares. En la mayoría de los casos provocará una incontinencia que requerirá colostomía permanente. Lo anecdótico de nues-

tro caso consistió en lograr la deambulación autónoma y continencia, como demostraron los estudios funcionales.

- **P.44 Fístula rectovestibular con vagina ausente y ano imperforado.** Medrano Méndez L, Ruiz Aja E, Martínez Ezquerro N, Galbarriatu Gutiérrez A, Torres Piedra C, López Álvarez-Buhilla P. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Describir una malformación anorrectal (MAR) femenina baja, severa e infrecuente, mostrar su manejo y evolución y resaltar necesidad de tener en cuenta esta variedad inusual al realizar el diagnóstico diferencial de estas malformaciones.

Material y Métodos. Se describe el caso de una lactante de raza negra (ONG) de 21 meses que presenta una MAR baja con la siguiente exploración perineal: ausencia de ano, fístula rectovestibular, vagina externa inexistente con uretra y clítoris normales. La RMN muestra un útero y anejos normales, tercio superior de vagina remanente y desembocadura del recto en región vulvar. Previa colostomía, se realiza una neovagina dejando los 7 cm distales del recto en su localización ectópica y se realiza descenso rectal con técnica combinada abdomino-sagital posterior. En un segundo tiempo se anastomosa la neovagina rectal al remanente vaginal superior y se cierra la colostomía.

Resultados. Ha seguido pauta habitual de dilataciones en su país de origen y ha sido remitida una función defecatoria adecuada a los 6 años de edad. Las funciones sexual y reproductiva aun no son valorables.

Conclusiones. Es fundamental realizar una inspección perineal cuidadosa ante una sospecha de MAR y tener un alto índice de sospecha para diagnosticar las variantes más infrecuentes. El defecto que se presenta puede ser confundido con las siguientes MAR femeninas, más comunes y sencillas: ano imperforado con fístula rectovestibular o ano imperforado, sin fístula y orificios uretral y vaginal normales.

Creemos que abordaje combinado abdomino-sagital posterior es un acceso adecuado para el tratamiento de esta malformación.

- **P.45 Hernia intestinal interna como début de divertículo de Meckel en neonato.** Granell Suárez C, Gómez Farpón A, Vega Mata N, López López A, Montalvo Ávalos C, Oviedo Gutiérrez M, Álvarez Muñoz V, Álvarez Zapico JA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. El divertículo de Meckel suele ser sintomático antes de los 2 años de vida, y la clínica más frecuente es la obstrucción, hemorragia e inflamación. La obstrucción de un divertículo de Meckel suele deberse a invaginación o vólvulo. Sin embargo, también es factible que el intestino se hernie bajo bandas mesodiverticulares.

Material y Métodos. Presentación de un caso.

Resultados. Varón de 7 días de vida, nacido a término, sin antecedentes patológicos. Con expulsión de meconio en las primeras 24 horas y deposiciones diarias desde entonces que presenta vómitos biliosos tras las dos últimas tomas. No irritabilidad ni otra clínica acompañante. Exploración física normal, con abdomen blando, deprimible, no doloroso, peristalsis presente no patológica. Radiografía abdominal con asas de intestino delgado dilatadas con stop en hipo-

condrio derecho. La exploración quirúrgica evidenció una hernia interna formada por divertículo de Meckel y bandas mesodiverticulares. Se reparó la hernia intestinal interna y se realizó resección del segmento intestinal que contenía divertículo. La evolución fue satisfactoria, siendo alta a los 7 días.

Conclusiones. El diagnóstico de divertículo debe considerarse en cualquier niño que desarrolle cuadro de obstrucción intestinal, a partir de un estado previo de salud y sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas.

- **P.46 Infarto de epiplón. Una complicación nueva que cuestiona el tratamiento conservador.** Alvarenga A, Lamas-Pinheiro R, García M, Campos M, Estevas-Costa J. *Hospital de S. Joao. Porto, Portugal.*

Objetivos. El infarto del epiplón (IE) es una enfermedad rara en los niños, a menudo se diagnostica durante la cirugía por sospecha de apendicitis. Las técnicas de imagen actuales y curso benigno natural de la enfermedad permiten la adopción de un tratamiento conservador. Se presenta un caso clínico de un paciente con IE que se presentó con una complicación.

Material y Métodos. Revisión de un caso clínico.

Resultados. Niño de 13 años de edad, sexo masculino, recurrió al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico y vómitos durante 6 horas. Informó de una historia de dolor abdominal hace una semana que mejoró espontáneamente después de 48 horas. Afebril, hidratado, con buen peso y estatura de desarrollo. En el examen físico del abdomen ligeramente distendido y dolor difuso a la palpación, sin irritación peritoneal. En la ecografía se identificó un bucle distendido en el cuadrante inferior derecho. Después de realizar una tomografía computarizada confirmó un asa de intestino distendido, sin signos de malrotación intestinal. Admitido para la laparoscopia exploratoria, donde se identificó la compresión de un ileal bucle. La compresión se produjo debido a una banda de epiplón fijado en el colon proximal, debido a la adhesión de una zona de torsión. Después de la escisión de la banda, el intestino ha recuperado completamente.

Conclusiones. La torsión del epiplón puede conducir a un suboclusión por hernia interna. No hay ninguna ventaja probada de la cirugía laparoscópica y el tratamiento conservador con respecto a esta patología. La adopción de un tratamiento conservador exige una estrecha vigilancia.

- **P.48 Manejo de la colitis pseudomembranosa en paciente altamente inestable.** Rojo Díez R, Cerdá Berrocal JA, Molina Hernando E, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo AR, Zornoza Moreno M, Simal Badiola I, Del Cañizo López A, García-Casillas MA, Peláez Mata D, Fanjul Gómez M. *Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La presencia de colitis pseudomembranosa entre los pacientes sometidos a un trasplante cardíaco y por tanto, inmunodeprimidos está incrementándose. Aunque el manejo inicial de estos pacientes es la antibioterapia, la presencia de colitis fulminante obliga a la realización de cirugías urgentes para su manejo, como la colectomía.

Estas intervenciones quirúrgicas tienen una elevada mortalidad por realizarse en pacientes hemodinámicamente inestables y una elevada morbilidad por la realización de la colectomía en sí. La ileostomía con antibioterapia local y sistémica puede ser una opción terapéutica en estos enfermos.

Material y Métodos. Se presenta el caso de un varón de 4 años de edad, trasplantado cardíaco a los 2 años e ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos por rechazo agudo del injerto. Durante su ingreso, el paciente desarrolla una colitis pseudomembranosa con mala respuesta al tratamiento convencional con antibioterapia, realizándose una ileostomía y cecostomía para el tratamiento antibiótico local posterior.

Resultados. El paciente mantiene antibioterapia durante 10 días postoperatorios, permitiendo retirar las drogas vasoactivas posteriormente y recibiendo el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos el día 20 postoperatorio. La reconstrucción del tránsito intestinal se realizó dos meses más tarde.

Conclusiones. La ileostomía en asa con antibioterapia local permite el tratamiento de la colitis pseudomembranosa conservando la totalidad del intestino.

La ileostomía y cecostomía es una técnica quirúrgicamente menos agresiva que la colectomía en pacientes en situación hemodinámica altamente inestable.

- **P.49 Manejo de la incontinencia fecal (Bowel Management).** Tirado Pascual M¹, Ruiz Pruneda R², Primelles Díaz A¹, Jiménez Lorente AI³, Bischoff A⁴, Peña A⁴. ¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ³Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Cincinnati Children's Hospital. Cincinnati, EE.UU.

Objetivos. La incontinencia fecal altera seriamente la calidad de vida del paciente que la sufre. Puede ser una secuela de malformación anorrectal de mal pronóstico, enfermedad de Hirschsprung mal tratada o alteraciones anatómicas o fisiológicas primarias (mielomeningocele, sacro anormal, médula anclada) o secundarias (masa presacra, trauma pélvico) que comprometan la contracción voluntaria del esfínter, la sensibilidad del canal anal o la motilidad del colon. Existe otro grupo de pacientes que presenta pseudo-incontinencia fecal por estreñimiento idiopático o secundario a otra patología. En ambos casos, es necesario encontrar un tratamiento adecuado que mantenga limpio al paciente y le permita tener una vida social normalizada. Presentamos el programa de manejo de la incontinencia fecal que se realiza mensualmente en el Colorectal Center del Cincinnati Children's Hospital con resultados muy satisfactorios.

Material y Métodos. Se realiza una valoración inicial del paciente con entrevista clínica y pruebas de imagen (enema opaco) y, durante una semana, se va modificando y personalizando el tratamiento con laxantes o enemas según la evolución clínica y el análisis de radiografías de abdomen diarias.

Resultados. Al final de la semana, más del 90% de los pacientes están limpios y contentos.

Conclusiones. El cirujano pediátrico no debe limitarse a la corrección quirúrgica de una patología, debe proporcionar a su paciente un tratamiento o manejo adecuado que le proporcione calidad de vida.

- **P.50 Perforación duodenal por traumatismo con manillar de bicicleta.** Martínez Criado Y, Cabello Laureano R, Delgado Cotán L, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Las lesiones duodenales constituyen un hallazgo infrecuente tras traumatismos abdominales (3-5%). Se asocian con una significativa morbilidad (30-60%) y mortalidad (6-25%), sobre todo cuando su diagnóstico es tardío.

Nuestro objetivo es presentar un caso de lesión duodenal secundaria a un traumatismo con manillar de bicicleta.

Material y Métodos. Niña de 6 años que acudió a urgencias por traumatismo craneoencefálico y abdominal tras caída de en bicicleta. A su llegada refería dolor abdominal, observándose la impronta del manillar equimótica en hemiabdomen superior. Exploración neurológica normal. No se objetivó alteración analítica ni ecográfica.

Durante las 48 horas de ingreso en observación, se produjo un incremento del dolor abdominal localizado en epigastrio, presentó varios vómitos y empeoramiento progresivo del estado general. Se solicitó tomografía axial computarizada (TC) urgente, donde se objetivó aire en retroperitoneo.

Resultados. En la laparotomía urgente se encontró una perforación puntiforme en la segunda porción duodenal. Se realizó sutura simple recubriéndola con sellante hemostático dejando un drenaje tutor de la misma. Se colocó sonda nasoyeyunal para alimentación precoz. Durante su ingreso evolucionó favorablemente recibiendo el alta a la semana.

Conclusiones. Las lesiones duodenales deben sospecharse ante traumatismos romos cerrados en hemiabdomen superior, sobre todo si se objetiva impronta equimótica en la pared abdominal, y se acompaña de dolor epigástrico y vómitos. El TC permite un diagnóstico precoz y una intervención quirúrgica temprana, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad asociada a estas lesiones.

- **P.52 Prevención del íleo paralítico post-apendicectomía.** Jiménez Crespo V, Tuduri Limousin I, Cabello Laureano R, Aspiazú Salinas D, Delgado Cotán L, Martínez Criado Y. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Tradicionalmente se ha considerado que tras una apendicectomía y especialmente una peritonitis se instaura un íleo paralítico por lo que se propugna el poner una Sonda Nasogástrica de descompresión antes de despertar al niño.

Queremos demostrar que las prácticas defendidas por el Grupo de Kehlet sobre la lucha contra el íleo paralítico son válidas en niños.

Material y Métodos. Estudio prospectivo analítico de todas las apendicitis intervenidas en nuestro centro entre octubre 2010 hasta noviembre 2011. La SNG fue colocada o no, a instancias del cirujano responsable.

Se controlaron durante los primeros 3 días del post-operatorio la existencia de vómitos o no.

Resultados. Desde octubre de 2010 a noviembre de 2011 se han intervenido 130 pacientes. 68 de ellas con signos de peritonitis aguda. Se colocó SNG en 9 de ellos: 1 en flemonosa, 8 en peritonitis. De los pacientes con apendicitis flemonosa ninguno presentó vómitos posteriores. De los 8 pacientes con SNG por peritonitis, 7 vomitaron una vez retirada esta (87,5%). Sin embargo de los 52 que salieron sin SNG, vomitaron sólo 7 (11,66%), diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones. La SNG es absolutamente innecesaria en el post-operatorio de las apendicitis no complicadas.

La SNG puede prolongar el íleo paralítico en las peritonitis.

- **P.53 Quiste pancreático asociado a pancreatitis aguda, duplicación duodenal y malrotación intestinal.** Fernández Atúan R, González Esgueda A, Escartín Villcampa R, Delgado Alvira R, Calleja Aguayo E, Elías Pollina J. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Los quistes pancreáticos congénitos son poco frecuentes en la infancia. Son comúnmente asintomáticos y rara vez asocian otras malformaciones. Presentamos un caso de 2 quistes pancreáticos asociados a duplicación duodenal y malrotación intestinal.

Material y Métodos. Paciente de 13 meses que presenta vómitos alimentarios de forma cíclica con intolerancia actual a la ingesta alimentaria. En el examen físico se aprecia distensión epigástrica con bazuqueo sin signos de irritación peritoneal. En los estudios complementarios destaca hiperamilasemia moderada sin leucocitosis. La radiografía de abdomen evidencia suboclusión a nivel de segunda porción duodenal. La ecografía abdominal muestra 2 estructuras quísticas en cabeza de páncreas de 0,8 y 0,9 cm y otra tubular en pared duodenal de 3 cm de diámetro. La endoscopia demuestra la compresión extrínseca en segunda porción de duodeno. El TAC abdominal es sugestivo de duplicación duodenal asociada a masa en cabeza de páncreas

Resultados. Se realiza laparotomía obteniendo biopsia pancreática y resección de tabique duodenal, apreciando malrotación intestinal que se trata de la forma habitual. La anatomía patológica muestra tejido pancreático normal con proceso inflamatorio. En el post-operatorio presenta una pancreatitis aguda con cifras elevadas de amilasa y lipasa y desarrolla un cuadro de oclusión intestinal por bridas que precisa intervención quirúrgica. La evolución posterior es buena.

Conclusiones. Los quistes de páncreas, duplicaciones duodenales y malrotación intestinal son patologías de hallazgo usualmente incidental. Pueden presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal y asociar tras el tratamiento quirúrgico episodios de pancreatitis por descompresión.

- **P.54 Sigmoidectomía en el tratamiento del estreñimiento crónico.** Zornoza M, Molina Hernando E, Cerdá Berrocal J, Fanjul Gómez M, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo AR, Rojo Diez R, Cañizo López A, García-Casillas Sánchez MA, Peláez Mata D. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La sigmoidectomía es una técnica quirúrgica para el tratamiento del estreñimiento rebelde al manejo médico. Nuestro objetivo ha sido revisar las indicaciones y eficacia de la sigmoidectomía en nuestros pacientes.

Material y Métodos. Desde 1995 hemos realizado resección del sigma en 10 pacientes (5 niños y 5 niñas), que presentaban estreñimiento grave refractario al tratamiento médico (dieta, laxantes, enemas). Dos niños se diagnosticaron de estreñimiento crónico idio-

pático y ocho de estreñimiento secundario a la cirugía de una malformación anorrectal (MAR). El seguimiento medio preoperatorio fue de 2 años, sin respuesta al tratamiento médico convencional, precisando ingresos para desimpactación con solución evacuan-te o manual bajo anestesia general. El enema opaco preoperatorio mostró un dolicosigma muy redundante o un megasigmoide. La edad media de la cirugía fue 4,5 años (10 meses-10 años), realizán-dose extirpación del sigma (media 17 cm) y anastomosis término-terminal.

Resultados. No hubo complicaciones durante el postoperatorio. La histología del segmento resecado detectó alteraciones inflama-torias inespecíficas. En todos los pacientes hubo una mejoría impor-tante del estreñimiento.

Conclusiones. 1) La sigmoidectomía es una técnica quirúrgica útil en el tratamiento del estreñimiento crónico, indicada como últi-mo recurso en pacientes refractarios al tratamiento médico. 2) En los pacientes con MAR y megasigmoide, realizaremos su extirpa-ción durante la cirugía del cierre de la colostomía, ya que mejora o evita el estreñimiento, y reduce la necesidad de futuras cirugías. 3) Pensamos que alteraciones histológicas no descritas todavía podrí-an ser la clave en un futuro para entender la fisiopatología.

- **P.55 Síndrome de Peutz-Jeghers: debut con invaginación intestinal en la infancia.** Martínez Criado Y, Fernández Pineda I, Requena M, Fernández Hurtado M, De Agustín Ansio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfer-medad autosómica dominante caracterizada por pigmentación muco-cutánea perioral, pólipos hamartomatosos intestinales y aumento del riesgo de cáncer.

En el caso que presentamos a continuación, la invaginación intes-tinal precoz fue la primera manifestación clínica de esta enfermedad.

Material y Métodos. Niña de 6 años remitida a nuestro centro por dolor abdominal cólico intenso de 48 horas de evolución, hacién-dose constante y más intenso en las últimas seis horas. Padre con SPJ. A la exploración, presentaba pigmentación mucocutánea perioral. No antecedentes de sintomatología digestiva previa. El abdo-men era duro, doloroso, palpándose masa en flanco derecho. En la ecografía se observó una imagen de invaginación, con líquido libre.

Resultados. Se realizó laparotomía exploradora, encontrándose una invaginación yeyuno-íleo-cólica que se redujo hasta llegar a la cabeza donde se evidenció un pólipo. Se resecaron 50cc de íle-on distal necrótico, preservando la válvula ileocecal, y realizando anastomosis terminoterminal.

La anatomía patológica de la pieza evidenció la presencia de múltiples pólipos hamartomatosos.

Conclusiones. Ante un paciente con SPJ y abdomen agudo se debe de sospechar invaginación intestinal secundaria a un pólipo. La reducción quirúrgica se considera el tratamiento de elección cuando exista alta sospecha clínica y radiológica de sufrimiento intestinal, permitiendo a su vez eliminar el pólipo desencadenante la misma.

El cribado colonoscópico en pacientes con SPJ se inicia en la adolescencia o cuando aparecen los primeros síntomas, siendo excep-

cional debutar con invaginación a una edad precoz y sin haber mani-festado sintomatología previa.

- **P.57 Tricobezoar y síndrome de Rapunzel: caso clínico y revisión de la literatura.** Delgado Duatis G, Guillen G, Bordón E, Molino JA, Martínez-Ibáñez V. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El bezoar es una masa por acumulación de material no digerido en el tracto gastrointestinal. Los tricobezoares (bolas de pelo) suelen ser gástricos pero pueden extenderse hacia el duode-no e intestino delgado (síndrome de Rapunzel).

Material y Métodos. Paciente mujer de 14 años, derivada de otro centro por masa epigástrica. Presentaba dolor abdominal intermiten-te, sensación de plenitud y náuseas de meses de evolución, agravados en las últimas semanas y asociados a pérdida de peso. La familia refería tricotilomanía y tricofagia desde hacía años. En la analítica des-tacó una anemia microcítica hipocrómica grave (Hb 5g/dl). El TAC mostró una gran masa gástrica de 25x10 cm que se extendía hacia duo-deno, que se extrajo con éxito a través de una laparotomía por sus gran-des dimensiones. El tricobezoar había causado una úlcera crónica gás-trica por decúbito. La paciente evolucionó favorablemente.

Resultados. Los tricobezoares cursan con dolor, vómitos, pér-dida del apetito y alopecia. En la literatura hemos encontrado 112 casos con 12 perforaciones como complicación y 2 invaginaciones; el tratamiento consiste en su extracción mediante endoscopia (40pacientes, 5% éxitos), laparoscopia (8pacientes, 75% éxitos) o laparotomía (104pacientes, 99% éxitos); presentando ésta última unas menores tasas de morbilidad relacionadas con menores com-PLICACIONES infecciosas (por diseminación durante extracción) y con la posibilidad de explorar todo el tracto digestivo para identificar bezoares múltiples.

Conclusiones. Los tricobezoares son infrecuentes y ocurren habi-tualmente en pacientes con trastornos psiquiátricos. De acuerdo con la bibliografía, la laparotomía convencional es preferible en los de grandes dimensiones y por presentar menores tasas de complicación que la laparoscopia.

- **P.59 Orquiectomía unilateral en modelo animal porcino a través de cirugía laparoscópica de incisión única.** Pérez-Duar-te FJ¹, Sánchez-Hurtado MA¹, Cano Novillo I², Matos-Azeve-do AM¹, Díaz-Güemes Martín Portugués I¹, Sánchez-Margallo FM¹. ¹Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón. ²Hos-pital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Evaluar la factibilidad y seguridad terapéutica de la orquiectomía en modelo animal porcino llevada a cabo a través de abordaje laparoscópico de incisión única, como paso previo para el desarrollo de un modelo de orquidopexia.

Material y Métodos. La muestra se compuso de seis animales machos de la especie porcina, raza Large White de 35±3 kg de peso. A todos ellos se les creó quirúrgicamente un modelo de criptorquidia, mediante la introducción del testículo en la cavidad abdominal a través de abordaje escrotal. A los 10 días se realizó el diagnóstico de la patología mediante ecografía, resonancia magnética y TAC. Una vez

confirmado el diagnóstico se llevó a cabo la orquiectomía, mediante abordaje laparoscópico por incisión única. Las maniobras quirúrgicas fueron similares a las de la orquiectomía laparoscópica convencional, empleando para ello instrumental flexible. Durante la cirugía se registraron los tiempos quirúrgicos y la presencia de complicaciones.

Resultados. En cuatro animales el testículo se halló en el espacio retroperitoneal mientras que en dos de ellos se encontró dentro de la cavidad peritoneal. El tiempo quirúrgico medio fue de 41 ± 4 minutos en los animales con el testículo retroperitoneal y de 19 ± 6 minutos en los que se encontraba intraperitoneal. La única complicación registrada fue un sangrado de los vasos espermáticos, debido a una inadecuada colocación de los clips hemostáticos.

Conclusiones. La orquiectomía practicada mediante abordaje laparoscópico por incisión única es una técnica factible y segura en modelo animal porcino. La dificultad de la técnica y el tiempo quirúrgico varían en función de la localización del testículo.

- **P.60 Atresia ileal secundaria a invaginación intestinal intra-útero.** Enríquez Zarabozo EM, Amat Valero S, Ayuso Velasco R, Cavaco Fernandes R, Blesa Sánchez E, Moreno Hurtado C. *Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Infanta Cristina. Grupo de Investigación en Pediatría PAIDOS (CTS 019). SES. UEX. Badajoz.*

Objetivos. La invaginación intestinal intrauterina es una entidad poco frecuente que puede afectar al segmento de asas implicado, ocasionando una atresia. Presentamos una paciente con atresia ileal secundaria a esta patología.

Material y Métodos. Recién nacida a término de 36 horas de vida que ingresa por vómitos biliosos y distensión abdominal. Expulsión de meconio a las 4 horas de vida. No otros antecedentes de interés. A la exploración destaca abdomen distendido de manera difusa, a tensión, con relieve de asas en cuadrante superior izquierdo. Radiografía de abdomen: Asa intestinal distendida en posición transversa superior, silencio aéreo en mesogastrio y flanco derecho. Enema opaco: Microcolon, íleon distal de calibre reducido. Se realiza laparotomía, localizándose una atresia ileal media tipo II. Resección intestinal y anastomosis termino-terminal. Se objetiva estructura intraluminal vermiforme de 5 cm de longitud en segmento postatrésico, que corresponde a un segmento ileal invaginado.

Resultados. Buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta 20 días después. Al año de vida, permanece asintomática.

Conclusiones. La teoría más aceptada en la etiología de la atresia intestinal es la vascular, en la cual el defecto es debido a una isquemia. Esta alteración del flujo puede ser debida a distintas causas, entre ellas la invaginación intestinal intrauterina, una de las menos referidas en la bibliografía. Consideramos que en todo paciente que presente esta patología, debe realizarse una exploración cuidadosa del segmento postatrésico para descartar esta asociación.

- **P.61 Atresia yeyuno-ileal tipo Apple-peel. Presentación de un caso.** Lasso Betancor CE, Garrido Pérez JI, Granero Cendón R, Gómez Beltrán OD, Castillo Fernández AL, Paredes Esteban RM. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Las atresias yeyuno-ileales son causa importante de obstrucción intestinal en el recién nacido, con una incidencia aproximada de 1/1.000 recién nacidos vivos. Sin embargo, sólo el 19% son tipo III-b o apple-peel; grupo con una morbi-mortalidad elevada.

Material y Métodos. Recién nacida de 36 semanas con bajo peso para su edad gestacional con sospecha prenatal de atresia intestinal. En la radiografía de abdomen se observó distensión de cámara gástrica y primeras asas de intestino delgado con ausencia de gas distal. Ante la alta sospecha de obstrucción mecánica, se decide intervención quirúrgica. La cirugía se llevó a cabo mediante laparotomía transversa supraumbilical, encontrando como causa obstructiva una atresia yeyunal tipo apple-peel. Tras comprobar que no existían otras anomalías digestivas asociadas y que el intestino distal era permeable, se realizó la anastomosis termino-terminal (en boca de pez) sin plicatura del bolsón superior.

Resultados. La evolución postoperatoria fue favorable desde el punto de vista quirúrgico, pero presentó colestasis por nutrición parenteral prolongada y fallo de medro compatible con síndrome de intestino corto. No obstante, fue dada de alta hospitalaria a los 2 meses y desde los seis mantiene una tolerancia oral adecuada.

Conclusiones. La atresia intestinal tipo apple-peel precisa de una cirugía compleja. Pese a ello, la calidad de vida y el estatus funcional de estos niños no suele verse perjudicado. Hoy en día, el daño hepático por nutrición parenteral y el síndrome de intestino corto son los dos factores que más influyen en el pronóstico.

- **P.63 Eficacia de la terapia corticoidea a altas dosis en el tratamiento de la estenosis esofágica secundaria a atresia de esófago resistente a dilataciones neumáticas.** Hernández Bermejo JP, Ruiz Pruneda R, Lloreda JM, Rial Asorey EM, Vargas Uribe C. *Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.*

Objetivos. La estenosis a nivel de la anastomosis es una complicación frecuente de la corrección quirúrgica de la atresia de esófago; en la mayoría de los casos se resuelve con un plan de dilataciones neumáticas. En los casos en los que la respuesta a las dilataciones es mala, la cirugía con resección y anastomosis o la sustitución esofágica puede ser necesaria.

Material y Métodos. Lactante de tres meses, intervenida a las 24 horas de vida de Atresia de esófago (tipo C Gross) con anastomosis termino-terminal sin tensión. Postoperatorio sin incidencias. A los 15 días de vida se comprueba estenosis marcada de la anastomosis con intolerancia completa a la alimentación. Se inicia plan de dilataciones neumáticas (4) prácticamente semanales, con mala respuesta a las mismas, con cierre casi total de la luz esofágica.

Se decide iniciar tratamiento con dosis altas de metilprednisolona por vía sistémica, inmediatamente después de la última dilatación. Dosis de 4 mg/kg/día con disminución progresiva de la misma durante un mes.

Resultados. Comprobamos una respuesta espectacular inmediata clínica, con una tolerancia completa a la alimentación oral así como desaparición de las crisis de sofocación previas; a los 15 días de iniciada la terapia corticoidea se realiza endoscopia donde se comprueba una mejoría evidente de la estenosis, precisando una sola sesión más de dilatación. En el momento actual la niña recibe toda su alimentación por vía oral.

Conclusiones. La terapia con altas dosis de metilprednisolona por vía sistémica puede ser eficaz en aquellos casos de estenosis esofágica refractaria a dilataciones neumáticas

- **P.64 Factores pronósticos en la atresia de esófago: ¿debemos cambiar nuestra actitud?** Corona Bellostas C¹, Cañizo López A¹, Tardáguila Calvo AR¹, Zornoza Moreno M¹, Rojo Diez R¹, Simal Badiola I¹, Molina Hernando E¹, García Casillas MA¹, Peláez Mata D¹, Fanjul Gómez M¹, Angulo Madero JM¹, Parente Hernández A¹, Romero Ruiz R¹, Rivas Vila S¹, De Tomás E¹, Maderuelo E², Franco M², Cerdá Berrocal J¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Neonatología. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Existen factores pronósticos comúnmente aceptados para la atresia de esófago (AE), basados en el peso y las malformaciones asociadas. Sin embargo, la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con AE ha mejorado mucho en los últimos años, gracias a la evolución del cuidado neonatal. El objetivo de nuestro estudio es reevaluar los factores pronósticos en la AE, y describir la evolución en el grupo de peor pronóstico.

Material y Métodos. Análisis retrospectivo de 35 pacientes intervenidos por AE en nuestro servicio desde 2003. Para el análisis estadístico, se realizaron 3 grupos (GI, GII, GIII) según la clasificación de Spitz (1994) en función del peso y las malformaciones asociadas.

Resultados. Se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos (p<0,05) en: supervivencia (GI: 100%, GII: 92%, GIII: 50%), media de ingresos en UVI (GI: 6,1, GII: 7,8, GIII: 9,0), media de días de ingreso totales (GI: 59,4, GII: 142,9, GIII: 150,5), número medio de intervenciones (GI: 1,0, GII: 2,8, GIII: 3,5), dependencia de gastrostomía (GI: 5%, GII: 18%, GIII: 100%), secuelas neurológicas (GI: 0%, GII: 9%, GIII: 50%). Se distinguió además como factor desfavorable independiente la presencia de arco aórtico derecho (incidencia del 11%). Los supervivientes

Conclusiones. Los grupos pronósticos descritos son un buen indicador de la evolución en la AE. No obstante, la evolución en nuestra serie es más favorable que en las series más antiguas. La evolución en los casos de peor pronóstico anima a continuar el esfuerzo terapéutico incluso en los casos a priori más desfavorables.

- **P.65 Gastrosquisis y atresia intestinal: ¿relación causa-efecto?** Estors Sastre B¹, Calleja Aguayo E¹, Bragagnini Rodríguez P¹, Ruiz de Temiño Bravo M¹, González de Agüero R², Gracia Romero J¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ²Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. La gastrosquisis (GS) raramente se asocia con otras malformaciones congénitas a excepción de la atresia intestinal con la que se asocia en un 10% de casos. Sin embargo, debemos diferenciarla del fenómeno conocido como “vanishing bowel”, caracterizado por la necrosis y desaparición parcial o total del intestino causada por oclusión prenatal espontánea del defecto abdominal.

Material y Métodos. Se trata de un recién nacido mujer a término, diagnosticado de GS a la semana 20 de gestación tras detectar

una elevación de los niveles maternos de alfa-proteína. Los controles ecográficos posteriores demostraron reabsorción de las asas intestinales extra-abdominales y una progresiva distensión de las asas intra-abdominales. En la exploración al nacimiento no se evidenció defecto de la pared abdominal, objetivándose un pequeño remanente de intestino momificado en la parte derecha del ombligo.

Resultados. A las pocas horas de vida la paciente inició un cuadro de obstrucción intestinal. En la laparotomía se objetivó una atresia yeyunal con ausencia del resto de intestino delgado y un microcolon. Se llevó a cabo resección del segmento atrésico y anastomosis yeyuno-cólica primaria que precisó revisión quirúrgica a las dos semanas realizándose yeyunostomía y colostomía. Posteriormente la paciente fue trasladada a un centro de referencia en tratamiento de insuficiencia intestinal, siendo dependiente de nutrición parenteral total (NPT) en la actualidad.

Conclusiones. Aunque el “vanishing bowel” es una complicación rara de la GS, puede resultar en un síndrome de intestino corto que requiera NPT prolongada e incluso trasplante intestinal en algunos casos, aumentando de manera significativa la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

- **P.66 Hemangioma genital y perineal ulcerado.** Amat Valero S, Torres de Aguirre A, Enríquez Zarabozo E, Santamaría Ossorio JI, Sanjuan Rodríguez S. HMI Badajoz. Servicio Cirugía Pediátrica. SES.

Objetivos. Los hemangiomas de localización lumbosacra y perineal, además de una historia clínica y exploración física completa, el estudio por imagen es imprescindible para detectar disrafias espinales, alteraciones anogenitales y urinarias, así como alteraciones esqueléticas subyacentes. El manejo de los mismos no difiere al de otras localizaciones. Presentamos una paciente con hemangioma perineal y de labios menores ulcerado.

Material y Métodos. Lactante de 1 mes con hemangioma perineal y en labios menores ulcerado de 11 días de evolución sin mejoría. Exploración física normal. No angiomas en otra localización. Estudio cardiológico normal. Radiografía de columna: no imágenes sugestivas de defectos de fusión posterior en la columna lumbo-sacra. Ecografía abdominal sin hallazgos relevantes. Estudio por Neurocirugía normal. Se inicia tratamiento con propranolol a 1mg/kg/día aumentando la dosis a 2 mg/kg/día con disminución importante del tamaño a partir del primer mes. Tratamiento de las úlceras con clostridiopeptidasa y sulfato de Neomicina en solución pomada con mejoría y desaparición de las mismas.

Resultados. Controles en consultas externas con favorable evolución, úlceras epitelizadas y hemangioma en fase involutiva a los 7 meses de edad.

Conclusiones. Aunque los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentemente vistos en Pediatría, los localizados a nivel lumbosacro y perineal presentan una baja incidencia. Su asociación con los síndromes PELVIS/SACRAL hacen obligatorio un estudio completo.

Alrededor del 15% son susceptibles de tratamiento, empleándose en la actualidad el propranolol con favorable respuesta, comodidad de administración y satisfacción familiar, desplazando el uso de láser junto a corticoides orales e intralesionales.

- **P.67 Importancia del diagnóstico prenatal de los quistes en hipocondrio derecho.** Martínez Criado Y, Millán López A, Roldán S, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Ante el hallazgo prenatal de un quiste en hipocondrio derecho se debe realizar un diagnóstico diferencial entre duplicidad entérica, quiste de colédoco, hepático o mesentérico. Gracias a la mejora en las técnicas de imagen prenatal, se puede filiar mejor dichas lesiones, planificando un seguimiento y su tratamiento postnatal.

Material y Métodos. Presentamos un caso de un recién nacido a término, con diagnóstico y seguimiento ecográfico prenatal por un gran quiste en cuadrante superior derecho. Tras el nacimiento se realizó un TC, objetivando un quiste de 4 cm adyacente a antro, duodeno y colédoco.

Resultados. Al cuarto día, comenzó con obstrucción al vaciamiento gástrico, realizándose una laparotomía urgente hallándose un quiste de duplicación de la primera porción duodenal. Se procedió a resección parcial del quiste, con cauterización de la mucosa de la pared común con el duodeno y piloroplastia.

No hubo complicaciones postoperatorias, recibiendo el alta a los 15 días. En el estudio histopatológico se halló mucosa gástrica.

Conclusiones. Las duplicaciones duodenales son malformaciones congénitas raras y con gran variedad anatómica. En la ecografía prenatal se evidencia un quiste en hipocondrio derecho, que obliga a un diagnóstico diferencial con otras malformaciones.

Su hallazgo prenatal permite un mejor manejo y seguimiento tras el nacimiento, planificando el tratamiento y disminuyendo las potenciales complicaciones que pueden originar.

El 21% de las duplicaciones duodenales, contienen mucosa gástrica, pudiendo ocasionar sangrado o perforación.

- **P.68 Isquemia intestinal como presentación de inicio de panarteritis nodosa en lactante de un mes de edad.** Solórzano Rodríguez E, Alfonso Sánchez LF, Ruiz Aja E, Galbarriatu A, López Fernández Y, López Buhilla P. *Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.*

Objetivos. Describir el caso de una paciente con necrosis intestinal como cuadro de inicio en el contexto de una panarteritis nodosa (PAN).

Material y Métodos. Lactante de un mes de vida, con antecedente de madre HBsAg+, que precisó resección intestinal por isquemia de un asa de delgado en el que el material remitido a anatomía patológica, que incluía la pieza necrótica y apéndice cecal, confirmó diagnóstico de PAN. La enfermedad debutó como gastroenteritis aguda por rotavirus tras un ingreso hospitalario debido a bronquiolitis aguda (a los 12 días de vida). Presentaba asimismo necrosis isquémica de dedos de los pies y manos. Posteriormente apareció distensión abdominal y asa fija en Rx abdomen seriadas; se decidió laparotomía exploradora, encontrándose segmento de asa perforada en ileon terminal de diez centímetros de longitud, realizándose resección e ileostomía. Se practicó asimismo apendicectomía incidental.

Resultados. Inició tránsito por ileostomía al 4º día postoperatorio, pero se añadieron al espectro clínico la aparición de coronario-

patía, dilatación aneurismática de arteria ilíaca izquierda y trombosis arterial de ambas poplíteas y braquial izquierda.

Conclusiones. La PAN es una vasculitis rara con una prevalencia de 6/100.000 habitantes, menor aún en la infancia. Puede cursar de modo autolimitado, o presentarse como un cuadro con afectación sistémica, incluyendo alteraciones cardíacas, intestinales, cutáneas y de vasos de mediano calibre, como en nuestra paciente. El diagnóstico diferencial incluye otras vasculitis como el Sd. Kawasaki o poliangeítis microscópica. El tratamiento de base se realiza con corticoide a alta dosis e inmunosupresores, siendo el pronóstico en pacientes pequeños, incierto por su escasa incidencia.

- **P.69 Migración de material protésico utilizado para cierre de fístula traqueo-esofágica en un caso de atresia de esófago.** Tirado Pascual M, Primelles Díaz A, Argos Rodríguez MD, Sánchez Díaz F, Sánchez Díaz F, Pérez Rodríguez J. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. Se han descrito casos de migración, tanto hacia luz esofágica como hacia tráquea, de material protésico empleado en el cierre de una fístula traqueo-esofágica (T-E). Presentamos el caso clínico de una paciente que precisó toracotomía para cierre de fístula T-E recidivada y extracción de malla de Gore-Tex migrada hacia esófago.

Material y Métodos. Paciente intervenida por atresia de esófago tipo III: toracotomía y anastomosis esofágica termino-terminal. La evolución no es favorable, presentando frecuentes episodios de dificultad respiratoria. Se diagnostica recidiva de la fístula, siendo reintervenida: cierre de fístula y colocación de malla de Gore-Tex entre esófago y tráquea. Tras breve mejoría, presenta disfagia y precisa alimentación enteral. Es trasladada a nuestro centro, donde se realiza esofagoscopia, visualizando cuerpo extraño en luz esofágica que corresponde a segmento de malla de Gore-Tex, que no se puede extraer por estar íntimamente relacionado con pared esofágica. La evolución es desfavorable, con tos y episodios de distrés. Con fibrobroncoscopia, se diagnostica recidiva de fístula de gran calibre. Mediante toracotomía, se extrae el cuerpo extraño y se realiza cierre de fístula T-E, cubriendo con parche de pericardio.

Resultados. La evolución es favorable, presentando tolerancia oral positiva y buen desarrollo pondo-estatural.

Conclusiones. La migración de un material protésico hacia esófago puede resolverse espontáneamente si penetra totalmente en la luz esofágica y es expulsado vía intestinal. En caso de provocar síntomas (disfagia), podría ser necesaria una intervención quirúrgica para su retirada, ya que la extracción endoscópica puede no ser eficaz al estar el cuerpo extraño en íntima relación con la pared esofágica.

- **P.70 Necrosis grasa subcutánea complicada tras tratamiento de hipotermia.** Morante R, Delgado MD, Martí E, Gonzalez M, Fuentes S, Moreno C, Cano I, Gómez A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. La necrosis grasa subcutánea es una entidad poco frecuente producida por una paniculitis subcutánea. En ocasiones se

presenta como complicación de tratamientos de hipotermia o compresión local. La mayoría de los casos son autolimitados y las lesiones cutáneas se resuelven sin tratamiento. Sin embargo, algunos pacientes pueden desarrollar complicaciones locales o sistémicas.

Material y Métodos. Revisión de caso clínico

Resultados. Presentamos el caso de una recién nacida trasladada a nuestro centro por una tumoración en región dorsal de gran tamaño sugestiva de anomalía vascular. Como antecedentes relevantes la paciente recibió tratamiento con hipotermia por una encefalopatía hipóxico-isquémica debida a sufrimiento fetal. Inicialmente se planteó como diagnóstico la existencia de un tumor vascular, aunque debido a la morfología y evolución atípica de la lesión se realizó diagnóstico diferencial con otras entidades, siendo finalmente catalogada de necrosis grasa subcutánea complicada causada por el tratamiento de hipotermia recibido. Tras la punción y evacuación del contenido de la tumoración quedó un importante defecto cutáneo que fue tratado con V.A.C (Vacuum Assisted Closure) con muy buenos resultados hasta el cierre definitivo. Como complicación sistémica se produjo una hipercalcemia resuelta con tratamiento médico.

Conclusiones. Presentamos este caso por su presentación atípica debido a que habitualmente las lesiones de necrosis grasa cursan de forma autolimitada. En esta paciente, al aparecer con una tumoración neonatal planteaba dudas diagnósticas; fundamentalmente con anomalías vasculares. Asimismo queremos señalar la utilidad de la terapia de vacío en el tratamiento de grandes defectos cutáneos aún en período neonatal.

- **P.71 Neumoperitoneo espontáneo en un recién nacido con ventilación mecánica.** Ayuso Velasco R¹, Santos Naharro J², Blesa Sánchez E¹, Amat Valero S¹, Cavaco Fernandes R¹. *1Hospital Materno Infantil de Badajoz. 2Hospital Infanta Cristina de Badajoz.*

Objetivos. El neumoperitoneo suele ser secundario a una perforación del tubo digestivo. En ocasiones se debe a un barotrauma, en especial en recién nacidos sometidos a ventilación mecánica con paso del aire al peritoneo. Presentamos un recién nacido con neumoperitoneo, en ausencia de perforación digestiva y de barotrauma.

Material y Métodos. Recién nacida prematura de 30 semanas de edad gestacional y 1.300 g, sometida a ventilación mecánica por distrés respiratorio agudo. Al tercer día de vida, presenta un empeoramiento clínico, se realiza una radiografía en la que se aprecia un acúmulo de aire a nivel cervical y neumoperitoneo, sin neumotórax, neumomediastino ni enfisema intersticial pulmonar. En la exploración física no se observan signos de irritación peritoneal. El tránsito digestivo superior descarta la perforación.

Resultados. Ante estos hallazgos clínicos se decide la colocación de un drenaje en la cavidad peritoneal, resolviéndose el cuadro en dos días, con buena evolución posterior.

Conclusiones. El hallazgo de neumoperitoneo en un neonato con antecedentes de ventilación mecánica y sin síntomas ni signos físicos de perforación intestinal, aún en ausencia de neumotórax y neumomediastino, como en nuestro caso, nos debe hacer ser extremadamente prudentes antes de decidir someter al paciente a una laparotomía innecesaria. El tratamiento conservador puede ser suficiente para una resolución espontánea del cuadro.

- **P.72 Obstrucción duodenal tardía por membrana duodenal fenestrada “en manga de viento”.** Amat Valero S, Enríquez Zarabozo EM, Cavaco Fernandes RI, Ayuso Velasco R, Blesa Sánchez E, Moreno Hurtado C. *Hospital Universitario Materno Infantil. SES. UEX. Badajoz. Grupo investigación Pediatría PAIDOS (CTS019)*

Objetivos. La membrana duodenal fenestrada en manga de viento es una de las formas de presentación menos frecuentes de atresia duodenal. Presentamos un paciente que debuta al mes de vida con cuadro de obstrucción intestinal por esta patología.

Material y Métodos. Varón, 1º gemelar. Embarazo controlado sin incidencias. Regurgitaciones frecuentes a partir de los 7 días de vida, que aumentan progresivamente de intensidad, hasta convertirse en vómitos alimentarios proyectivos. Derivado a nuestro Centro a los 29 días de vida con sospecha estenosis hipertrófica de píloro (EHP). Ecografía abdominal: estómago distendido, no signos de EHP. Tránsito digestivo: estenosis en 3ª porción duodenal, dilatación de duodeno proximal, paso de contraste a yeyuno, no malrotación intestinal. Laparotomía: Membrana duodenal incompleta fenestrada en manga de viento. Duodeno-duodenostomía latero-lateral.

Resultados. Buena evolución posterior, siendo dado de alta a los 20 días de la intervención. A los 10 meses de vida permanece asintomático.

Conclusiones. Aunque la atresia duodenal suele manifestarse en las primeras horas de vida, si existe una perforación de la membrana duodenal, el inicio de la clínica puede retrasarse, o aparecer de manera insidiosa, obligando a realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de vómitos recurrentes. Su forma en manga de viento puede dificultar la localización exacta del defecto y su diagnóstico correcto peroperatorio.

- **P.73 Patología obstructiva duodenal de presentación neonatal. Nuestra experiencia.** Ruiz Catena MJ, Chamorro Juárez MR, Sánchez Díaz F, Primelles Díaz A, Argos Rodríguez MD, Pérez Rodríguez J. *Hospital Materno Infantil. Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. Revisión de los pacientes tratados en nuestro hospital por presentar patología duodenal, determinar cual ha sido la frecuencia, el tratamiento empleado y las patologías asociadas.

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de historias clínicas durante los últimos 10 años para describir el tipo de patología, su tratamiento, observar si existe algún tipo de relación entre las complicaciones que pudieron existir, el tratamiento que se llevó a cabo y las patologías asociadas.

Se han revisado un total de 25 casos con patología duodenal, de los que 16 se corresponden con atresias, páncreas anulares o membranas, 7 son debidos a bandas de Ladd y 2 quistes de duplicación. En nuestra experiencia la patología duodenal se asoció de forma frecuente con otras malformaciones, algunos de éstos niños presentaban atresias esófago, gastrosquisis, malformaciones anorrectales, atresias tipo apple-peel, secuestro pulmonar, Sdm de Down u otros síndromes polimorfoformativos.

Resultados. Describimos las diferentes técnicas empleadas, que van desde la lisis de adherencias, duodenoduodenostomía tipo Kimu-

ra, resecciones y anastomosis termino-terminal y en un gran número de ellas consideramos fundamental asociar una gastrostomía.

Conclusiones. La patología obstructiva duodenal es poco frecuente, compleja per se y por otras malformaciones que se presentan en nuestra serie, y por ello éstos pacientes requieren un manejo individualizado.

- **P.75 Quiste de duplicación duodenal intraluminal. Caso clínico infrecuente.** Ruiz Catena MJ, Chamorro Juárez MR, Primelles Díaz A, Argos Rodríguez MD, Pérez Rodríguez J, Sánchez Díaz F. *Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga*

Objetivos. Describir una patología muy infrecuente, su diagnóstico y tratamiento.

Material y Métodos. Presentamos caso clínico, de un recién nacido mujer de 8 días de vida con vómitos gástricos en todas las tomas, que ante la sospecha de obstrucción mecánica se le realiza ecografía que muestra una lesión quística en estrecha relación con la pared duodenal, se completa con un estudio baritado que revela un stop a nivel de la 2ª porción duodenal. Ante la sospecha de quiste de duplicación duodenal se realiza laparotomía donde se confirma el diagnóstico. El quiste, esférico, intraluminal, comparte la pared duodenal en su 2ª porción a nivel anterior, y en su pared común hacia la luz duodenal, desemboca la papila. Se opta por una exéresis de las paredes libres y marsupialización a la luz duodenal. La paciente ha evolucionado sin complicaciones y en un tránsito baritado al mes se evidencia paso de contraste a duodeno distal.

Resultados. Presentamos el manejo diagnóstico y terapéutico llevado a cabo en nuestro caso así como una revisión de la literatura.

Conclusiones. Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anomalías congénitas muy infrecuentes que pueden afectar a cualquier segmento del tubo digestivo, y las que afectan al duodeno representan menos del 5%, estimándose una prevalencia de 1:100.000 en la población general.

Se han sugerido varias formas de tratamiento, siendo el de elección la escisión quirúrgica completa, aunque no siempre es factible, ya que solo es aplicable en quistes sin comunicación con la vía biliar o pancreática y con doble capa (duodenal y del quiste).

- **P.76 Triple atresia intestinal en un caso de asociación VACTER.** Tirado Pascual M, Argos Rodríguez MD, Primelles Díaz A, Pérez Rodríguez J, Sánchez Díaz F. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. La asociación VACTER se define como un conjunto de anomalías congénitas que puede incluir defectos vertebrales (V), atresia anal (A), cardiopatía (C), fístula traqueoesofágica (TE) y anomalías renales (R). Presentamos el caso clínico de un paciente con asociación VACTER y triple atresia intestinal.

Material y Métodos. Recién nacido varón, enviado de Marruecos, con los diagnósticos de atresia esofágica sin fístula y atresia anal. En nuestro centro, mediante ecografía abdominal, se diagnosticó de atresia duodenal y agenesia renal derecha. Presenta también hemivértebras y alteraciones sacras. El segundo día de vida, se realiza duodeno-duodenostomía (atresia duodenal por páncreas anu-

lar), gastrostomía y anoplastia. Posteriormente, la medida del defecato esofágico fue de 3 cuerpos vertebrales ejerciendo presión en ambos bolsones (5-6 cm sin presión). Se mantuvo aspiración continua del bolsón superior hasta la esofagoplastia, que se realiza a los dos meses de vida con técnica de Schärli y anastomosis esofágica T-T por toracotomía. Así mismo, se realiza piloroplastia y cierre de la gastrostomía.

Resultados. La evolución es satisfactoria. Un año después, el paciente presenta buena tolerancia, deposiciones espontáneas y buen desarrollo pondero-estatural. El tránsito esofagogástrico muestra buen paso del contraste y un esófago de buen calibre con alteración de la motilidad.

Conclusiones. El tratamiento de la atresia esofágica long-gap conlleva generalmente varias operaciones y una hospitalización larga. Es factible realizar una esofagoplastia en el periodo neonatal. Es aconsejable preservar longitud del esófago nativo evitando la esofagostomía cervical. Consideramos importante realizar una buena gastrostomía y dar alimentación fraccionada para aumentar el volumen gástrico.

- **P.77 Angioqueratoma solitario de lengua.** Díaz Moreno E, Licerias Licerias E, García Gómez M, Muñoz Miguelsanz MA, Padilla García MA, Castejón Casado FJ, Fernández Valadés R. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Objetivos. El angioqueratoma solitario de la cavidad oral, puede localizarse en la lengua y con menor frecuencia en los pilares amigdalinos. Frecuentemente aparece como componente de enfermedades sistémicas generalizadas, en las que se encuentran múltiples angioqueratomas en piel y mucosa oral. Se trata de una lesión muy rara en la edad pediátrica, caracterizada por ectasias vasculares en dermis papilar con hiperplasia epitelial e hiperqueratosis reactiva.

La infrecuencia de la lesión y su dificultad diagnóstica justifican la presentación de este caso

Material y Métodos. Paciente de 7 años, con una lesión en el dorso de la lengua de 6 meses de evolución, no dolorosa, sin evidencia de sangrado, sin relación con la ingesta de alimentos y sin antecedente traumático. En la exploración clínica se evidencia una lesión de 14 mm en el dorso de la lengua, de color rosada, con aspecto granulomatoso, con múltiples pápulas eritematosas. No se aprecian cambios en la mucosa oral, ni lesiones similares en otras partes del cuerpo. La lesión fue extirpada en su totalidad bajo anestesia general, sin presentar complicaciones durante el postoperatorio, y con un resultado estético y funcional satisfactorio.

Resultados. El diagnóstico anatomopatológico fue de angioqueratoma, lesión caracterizada histológicamente por hiperqueratosis, acantosis y dilatación vascular

Conclusiones. Dada la rareza de la lesión y la ubicación lingual del angioqueratoma en la edad pediátrica, el diagnóstico es siempre anatomopatológico.

No obstante, debe pensarse en esta posibilidad diagnóstica en lesiones indoloras de larga evolución, sin otros síntomas asociados.

El tratamiento quirúrgico con escisión total de la lesión tiene carácter curativo.

- **P.78 Carcinoma mucoepidermoide pulmonar. A propósito de un caso.** Jiménez Lorente AI, Pérez Bertólez S, Jiménez Merchán R, Girón Arjona JC, Moreno Merino S, Cozar Bernal F, Asensio García J, González Mariscal M, Rubio Cordero JL. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Objetivos. Las neoplasias pulmonares son raras en niños. El carcinoma mucoepidermoide pulmonar representa el 0,2% de los tumores, habiéndose descrito menos de 100 casos en la literatura. Tiene una evolución relativamente benigna cuando se trata de un tumor de bajo grado. El objetivo de nuestro trabajo es describir un nuevo caso de este tumor en una niña.

Material y Métodos. Caso clínico

Resultados. Presentamos un caso de una niña de 10 años que consulta por dolor torácico. Se realizó una radiografía torácica en la que se evidenció una imagen redondeada, diagnosticándose inicialmente como neumonía. La imagen persistió tras tratamiento antibiótico, por lo que se completó el estudio. Los marcadores tumorales fueron negativos. La tomografía axial computarizada reveló una lesión ocupante del lóbulo pulmonar superior izquierdo. Presentó un episodio de hemoptisis, por lo que se realizó una fibrobroncoscopia, evidenciando lesión que protuía hacia el bronquio principal izquierdo. Se realizó lobectomía superior izquierda con hallazgo histopatológico e inmunohistoquímico de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad. No se presentaron complicaciones.

Conclusiones. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección y el pronóstico es bueno siempre que el tumor sea de bajo grado y no existan metástasis regionales o a distancia, que por lo general son raras.

- **P.80 Fascitis nodular del cuello simulando hemangioma infantil.** Roldán Pérez S, Cabello Laureano R, Fernández Pineda I, Jiménez Crespo MV, Delgado Cotán L, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. La fascitis nodular es una rara lesión benigna, de etiología desconocida y rápida proliferación, con hallazgos clínicos y morfológicos que simulan tumores malignos de tejidos blandos. En un 10% de los casos aparece en la infancia, con predilección por el cuello y la cara. La resección quirúrgica con márgenes libres es curativa y son raras las recidivas. Presentamos un caso de fascitis nodular simulando clínica y ecográficamente al hemangioma infantil.

Material y Métodos. Varón de 16 meses, derivado desde otro centro con diagnóstico de hemangioma infantil. Presentaba una tumoración cervical indolora que en los últimos 3 meses aumentó de tamaño. A la exploración, dicha tumoración era sólida, de coloración rojiza y no adherida a planos profundos. Se realizó ecografía que informó nódulo sólido subcutáneo de 17x13x22 mm, bien definido y con vascularización de tipo arterial en el Doppler.

Resultados. Se realizó exéresis de la lesión, observándose tumoración de aspecto no vascular, blanquecina y bien delimitada con márgenes libres. El estudio microscópico mostró celularidad de habito fibrohistiocítico con bajo índice mitótico (Ki-67 <5%), la inmunohistoquímica y el estudio molecular para sarcomas de tejidos blandos (fibrosarcoma principalmente) fueron negativos. El informe defi-

nitivo concluye que se trata de un tumor mesenquimal del grupo fascitis nodular.

Conclusiones. A pesar de su baja frecuencia, la fascitis nodular debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los tumores de tejidos blandos en la infancia. La resección con márgenes libres es el tratamiento de elección

- **P.81 Fibromatosis agresiva. A propósito de un caso.** Pérez Bertólez S, Rubio Cordero JL, Gordillo Hernández A, Jiménez Lorente AI, González Mariscal M, Asensio García J. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Objetivos. Presentar un caso de fibromatosis agresiva en edad pediátrica.

Material y Métodos. Caso clínico

Resultados. Paciente de 16 meses que consulta por tumoración paraesternal izquierda de crecimiento rápido (0,5-1 cm por día), indolora, mal delimitada, de consistencia dura y adherida a planos profundos, sin otra sintomatología acompañante. Se realizó estudios de imagen (radiografía simple, ecografía, resonancia magnética y gammagrafía ósea) que planteaban el diagnóstico diferencial y tumor de Ewing. Los marcadores tumorales fueron negativos. Se realizó una biopsia incisional, que dio el diagnóstico de fibromatosis.

Se trató con antiinflamatorios no esteroideos y Amoxicilina-Clavulánico por un proceso intercurrente, y disminuyó de tamaño, aumentando de nuevo progresivamente al finalizar el tratamiento. Se realizó un nuevo ciclo de tratamiento previo a la cirugía definitiva, logrando disminuir la tumoración a unos 2 cm, pudiendo así lograr la extirpación radical con márgenes de seguridad. La evolución postoperatoria fue favorable y permanece libre de enfermedad hasta la fecha.

Conclusiones. La fibromatosis agresiva es una entidad muy poco frecuente en la infancia. Se considera una enfermedad tumoral de tejidos blandos con potencial intermedio entre maligno y benigno ya que es localmente agresiva y con alta tendencia a la recidiva, pero no metastatiza. El tratamiento de elección es la cirugía radical, aunque no siempre es posible.

- **P.82 Hemangiomas gigantes de localización atípica. Eficacia del Glut-1 y el tratamiento de prueba con propranolol.** Girón Vallejo O¹, López Gutiérrez JC², Méndez Aguirre NA¹, Ruiz Jiménez JJ¹. ¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Demostrar que el tratamiento de prueba con Propranolol y la biopsia para pruebas histoquímicas, en nuestros casos el Glut-1, pueden resultar de gran interés en el diagnóstico diferencial de tumores de origen vascular.

Material y Métodos. Presentamos 2 casos de hemangioma infantil de localización atípica, en mediatizo y abdomen, en los que el diagnóstico inmunohistoquímico con Glut-1 y el tratamiento de prueba con propranolol, fueron claves para su manejo.

Resultados. Ante la duda diagnóstica, la biopsia e inmunohistoquímica con GLUT-1 ofrecen en el primer año de vida un 100% de certeza diagnóstica por lo que debe involucrarse a los patólogos en el avance que supone los nuevos marcadores sobre la microscopía

pía convencional. La ecografía doppler y la resonancia con gadolinio o la angio-resonancia completan el diagnóstico de extensión en los casos de localización comprometida. No hay indicación alguna para la arteriografía o gammagrafía.

Conclusiones. Sólo la fusión de los hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos será capaz de discernir entre un hemanjioma y otra entidad diagnóstica, e indicar entonces la terapia adecuada.

- **P.83 Lipoblastoma omental gigante en paciente de 3 años.** Marijuán V, Fernández MS, Argumosa Y, Hernández E, Nam Cha SH, González J. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. El lipoblastoma, y su forma infiltrativa la lipoblastomatosis, es un raro tumor benigno derivado de la grasa embrionaria. Su edad más frecuente de presentación es en menores de 7 años. La localización abdominal es poco frecuente y representa el 7%, siendo la mayoría de éstos retroperitoneales.

Material y Métodos. Aportamos un nuevo caso a la escasa literatura existente.

Resultados. Paciente de 3 años que acude por dolor cólico periumbilical de 4h de evolución y febrícula, sin otra sintomatología. Abdomen blando y depresible, con tumoración palpable de gran tamaño centroabdominal, dura al tacto y dolorosa. No signos de irritación peritoneal.

En ecografía y TAC se aprecia masa intraabdominal bien definida de 12 x 10,7 x 6,6 cm, con densidad grasa, presencia de septos en su interior y mínima cantidad de líquido libre adyacente. La bioquímica, coagulación y marcadores tumorales fueron normales.

Durante la cirugía se encontró una tumoración encapsulada de 12-14 cm dependiente del epiploon, que desplazaba asas intestinales, sin infiltrarlas. Se realizó exéresis en bloque de la tumoración, no encontrando otros hallazgos. Tras 15 meses de seguimiento no se han observado recidivas ni metástasis.

Conclusiones. El lipoblastoma fue descrito por Jaffe en 1926. La etiología es desconocida y la forma más frecuente de presentación es asintomática a modo de masa palpable. Habitualmente se localiza en tejidos blandos de tronco y extremidades. Solo un 1,5% del total tienen una localización intraabdominal. El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica completa. No se han descrito recurrencias o metástasis.

- **P.84 Lipoblastomatosis de la cavidad abdominal: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.** Granero Cendón R, Vázquez Rueda F, Vargas Cruz V, Garrido Pérez JI, Ruiz Hierro C, Castillo Fernández AL. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Los lipoblastomas son tumores infrecuentes derivados del tejido graso inmaduro con presentación exclusiva en los pacientes pediátricos; su aparición es más frecuente antes de los tres años de vida con predilección por el sexo masculino.

Estos tumores tienen dos presentaciones clínicas: forma circunscrita de localización más frecuente en las extremidades (70% de los

casos) y tumores infiltrativos y difusos en localizaciones profundas denominados lipoblastomatosis (30% de los casos)

Microscópicamente destaca la presencia de lipoblastos separados por septos y rodeados por una delgada red vascular.

Material y Métodos. Presentamos el caso de un paciente varón de dos años de vida con una masa abdominal detectada por el pediatra en un control rutinario; el TC reveló una masa heterogénea que desplazaba estructuras abdominales pero no las invadía

Resultados. Se decidió resección quirúrgica de la masa y, durante la intervención, se encontró un lipoblastoma de gran tamaño y pequeños tumores de tejido adiposo (lipoblastomatosis) distribuidos a lo largo del mesenterio.

Conclusiones. Los lipoblastomas son tumores benignos cuyo único tratamiento es la resección quirúrgica, aunque debido a su alto grado de recurrencia, está recomendado su seguimiento

- **P.86 Perfil metastásico en el estadio 4 del tumor de Wilms: revisión internacional de dos centros.** Berger M¹, Fernández Pineda I¹, Cabello Laureano R¹, Ramírez-Villar GL², Márquez Vega C², Neth O³, Von Schweinitz D⁴, Hubertus J⁴, De Agustín Asensio JC¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Sección de Oncología Pediátrica, ³Sección de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencia de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Dr. von Hauner. Munich, Alemania.

Objetivos. Aunque es conocido que el pulmón es el sitio más frecuente de metástasis en el estadio 4 del tumor de Wilms (TW), ha crecido el interés por conocer su perfil metastásico concreto y su implicación terapéutica. Hemos revisado los pacientes con TW en estadio 4, valorando su patrón de metástasis y pronóstico.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes con TW en estadio 4 tratados en los últimos 15 años (1997-2011) en dos instituciones europeas (España y Alemania) adscritas al protocolo para TW de alto riesgo de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica. Se analizó enfermedad metastásica al diagnóstico, respuesta al tratamiento, necesidad de cirugía y supervivencia.

Resultados. Diecinueve pacientes se incluyeron en el estudio; 18 (94,7%) tenían metástasis pulmonares al diagnóstico, 16 (84,2%) presentándose como nódulo pulmonar, uno (5,3%) como derrame pleural y otro (5,3%) como metástasis pleural. Catorce de los 18 pacientes presentaban enfermedad pulmonar exclusivamente y 4, además, metástasis hepáticas y óseas. Sólo un paciente (5,3%) no presentó enfermedad pulmonar y tenía metástasis hepáticas. Diecisiete pacientes (89,5%) respondieron al tratamiento quimioterápico. Sólo dos (10,5%) requirieron metastasectomías pulmonares. La supervivencia es del 84,2% con un seguimiento medio 63,6 meses (rango, 6-110).

Conclusiones. Las metástasis pulmonares son las más frecuentes en el TW en estadio 4 al diagnóstico, pero también otros órganos pueden verse afectados. La tasa de respuesta a la quimioterapia es alta y la cirugía para la enfermedad metastásica residual se requiere sólo en casos aislados. Son necesarios más estudios que determinen el perfil concreto.

- **P.87 Resecciones costoesternales amplias en tumores pediátricos de mal pronóstico: ¿y después qué?** Corona Bellostas C¹, Cañizo López A¹, García Casillas MA¹, Tardáguila Calvo AR¹, Zornoza Moreno M¹, Rojo Diez R¹, Simal Badiola I¹, Matute de Cárdenas JA², Molina Hernando E¹, Peláez Mata D¹, Fanjul Gómez M¹, Santos JA³, Mata C⁴, Cerdá Berrocal J¹. ¹*Servicio de Cirugía Pediátrica*, ⁴*Servicio de Oncología Infantil. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid*. ²*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*. ³*Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid*.

Objetivos. La reconstrucción de la pared costal en pacientes oncológicos con grandes masas de pared torácica es un problema no resuelto. La solución depende fundamentalmente del número de costillas resecadas, la necesidad de radioterapia intraoperatoria (RIO), o la cantidad de partes blandas extirpada. La solución ideal es la que proporciona estabilidad torácica adecuada, no artefacta los estudios radiológicos y consigue buen resultado estético.

Material y Métodos. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción de la pared costal en niños tras resecciones tumorales amplias y RIO.

Resultados. Presentamos 3 casos con distintos niveles de resección costal y de partes blandas que precisaron diferentes soluciones de reconstrucción y en los que se utilizó placa reabsorbible. Los tres casos se encuentran libres de enfermedad, con RMN de control sin artefactos significativos, adecuada estabilidad de la pared torácica y buen resultado estético.

Conclusiones. La estrategia de reconstrucción de la pared costal en pacientes con resecciones tumorales amplias con radioterapia intraoperatoria debe ser individualizada según la edad y extensión resecada. El uso de placas reabsorbibles es, en nuestra experiencia, un método seguro que puede practicarse en el mismo tiempo quirúrgico. Proporciona una adecuada estabilidad estática y funcional de la caja torácica, permitiendo una buena calidad de vida, sin condicionar la reparación definitiva.

- **P.88 Teratoma inmaduro gigante de ovario, grado III. A propósito de un caso.** Vargas Uribe MC, Ruiz Pruneda R, Rial Asorey SM, Hernández Bermejo JP, Navarro Sánchez P, Isaac Montero MA. *Hospital General Universitario de Santa Lucía. Cartagena, Murcia*.

Objetivos. Los tumores ováricos son raros en la edad pediátrica, correspondiendo de un 1% al 5% de los tumores infantiles.

En la edad pediátrica, el tipo histológico más frecuente es el derivado de las células germinales (TCG) con una gran variedad histológica, y de estos, el tipo histológico más frecuente es el teratoma con claro predominio de su variante quística o dermoide, que representa el 40-75% de los TCG ováricos. Son más frecuentes en la edad prepuberal, entre los 9 y los 12 años

Material y Métodos. Paciente femenina de 4 meses de edad, controles ecográficos prenatales normales. Consulta por que la madre observa abdomen duro, doloroso, acompañado de vómitos escasos de leche. Al ingreso se le realizan estudios ecografía abdominal, tránsito intestinal y RNM abdominopélvica, los cuales orientan a patología tumoral ovárica, probable teratoma. Se realizan marcadores

tumorales prequirúrgicos y laparotomía mediana supra e infraumbilical: ooforosalingectomía izquierda, omentectomía, citología líquida ascítico e hisopado cúpulas diafragmáticas.

Resultados. Teratoma inmaduro grado 3 con abundante tejido neuroepitelial inmaduro. No infiltración capsular ni de epiplon. Trompa libre de tumor. Citología e hisopados negativos. Estadio TNM pT1a. FIGO estadio IA.

Conclusiones. Es frecuente la coexistencia de varios tipos histológicos en una misma masa tumoral, por lo cual el examen anatómopatológico debe ser minucioso para hacer un diagnóstico histológico correcto, Los marcadores tumorales normalizados después de la cirugía. Se seguirá con controles sucesivos de marcadores. Destaca la edad de presentación en nuestro caso: lactante de 4 meses, y madre de 17 años.

- **P.89 Timolol crema tópica al 0,5% en el tratamiento del hemangioma: estudio piloto.** Gómez Beltrán O, Contieri F, Vázquez Rueda F, Mateos E, Peña MJ, Vargas Cruz V, Paredes Esteban R. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*.

Objetivos. Evaluar la eficacia de timolol crema en el tratamiento de los hemangiomas cutáneos.

Material y Métodos. Los pacientes fueron examinados en la consulta antes de comenzar el tratamiento y se les efectuó control analítico y ecográfico, así como seguimiento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. Se aplicó timolol crema tópica cada 12 horas durante 12 semanas. Se aplicaron escalas visuales análogas para evaluar las lesiones.

Resultados. 4 pacientes (2 niños y 2 niñas) recibieron tratamiento con timolol. La edad media fue de 13 meses. 3 pacientes presentaron hemangiomas infantiles y un caso fue un hemangioma congénito tipo NICH. Dos pacientes se encontraban en fase proliferativa y uno en fase de involución. La localización de las lesiones fue abdomen (2 pacientes), cuello y cara. Un paciente presentó como complicación ulceración de la lesión antes del inicio del tratamiento. Un paciente había recibido manejo previo con corticoides sistémicos y propanolol oral. Las determinaciones de frecuencia cardíaca, tensión arterial y las pruebas analíticas fueron normales. 3 casos (75%) presentaron una respuesta aceptable al tratamiento con timolol crema tópica. Las medias de los resultados de la escala visual análoga para el tamaño de la lesión y para la intensidad del color fueron de 12,37, 22,5 y 51,25 y de 0,75, 1,06 y 1,25, respectivamente. No se encontró ningún efecto secundario.

Conclusiones. El tratamiento de los hemangiomas cutáneos con timolol tópico parece ser eficaz para reducir el tamaño y la intensidad del color de las lesiones. Hasta el momento no se ha encontrado ningún efecto adverso significativo.

- **P.91 Tumor del estroma gastrointestinal. Patología excepcional en la infancia. Presentación de un caso.** Lasso Betancor CE, Vázquez Rueda F, Ruiz Hierro C, Gómez Beltrán OD, Castillo Fernández AL, Murcia Pascual FJ. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*.

Objetivos. El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es una patología infrecuente, con una incidencia de 11 casos/millón habi-

tantes. El GIST pediátrico conforma tan sólo el 2% de los casos y presenta características propias que deben ser tenidas en cuenta para realizar un adecuado manejo diagnóstico-terapéutico.

Material y Métodos. Niño de 12 años con pérdida de peso y astenia. Como antecedentes de interés se advierte toma de ibuprofeno en los 2 meses previos. En la exploración física se objetivó palidez mucocutánea y taquicardia. Ello, unido a la existencia de anemia ferropénica importante, hizo sospechar un cuadro de sangrado digestivo. Las pruebas de imagen y la endoscopia digestiva alta confirmaron la existencia de una tumoración de 3x3 cm a nivel de curvatura menor gástrica, que mostraba ulceraciones mucosas con sangrado activo.

Resultados. Ante dichos hallazgos se decidió realizar la resección quirúrgica de la tumoración, que se llevó a cabo sin complicaciones mediante laparotomía. El estudio histológico e inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico, siendo catalogado como GIST al presentar positividad a C-Kit.

La evolución del paciente ha sido satisfactoria. Tras dos años de seguimiento no han aparecido recidivas.

Conclusiones. El GIST pediátrico es una patología poco conocida que presenta un curso clínico indolente.

Debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la anemia por sangrado digestivo.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Pueden utilizarse los inhibidores de la tirosín-kinasa como terapia adyuvante en casos seleccionados.

Tiende a la recidiva y a la aparición de metástasis, por lo que se debe realizar un seguimiento meticuloso y a largo plazo.

- **P.92 Tumor mesenquimal osificante de grado intermedio de malignidad.** Ruiz Hierro C¹, Vázquez Rueda F¹, Ortega Salas R², Lasso Betancor CE¹, Escassi Gil A¹, Gómez Beltrán O¹, Castillo Fernández AL¹, Murcia Pascual FJ¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Los Mesenquimomas son tumores raros y controvertidos. La amplia variedad de tipos histológicos hace difícil el diagnóstico, a pesar de los avances inmunohistoquímicos y de microscopía electrónica. Además, la gran diversidad de localizaciones, los diferentes tamaños tumorales y su extensión, dificultan la elaboración de protocolos terapéuticos estandarizados.

Material y Métodos. Varón de 5 años de edad que consulta por tumoración interescapular de partes blandas, crecimiento progresivo, consistencia dura y no adherida a planos profundos. No signos inflamatorios. Ecografía y RMN: tumoración sólida en trapecio, de 4x1,5 cm, calcificaciones intratumorales y formación condroide, sin afectar la musculatura paravertebral profunda.

Resultados. Se practica exéresis radical con márgenes de seguridad, sin rotura ni diseminación tumoral. Estudio histológico: lesión heterogénea con componente lipoblástico periférico y zona central osificante de intensa actividad osteoblástica, ligeramente osteoclástica, leve atipia celular y maduración ordenada, compatible con tumor mesenquimal osificante (mesenquimoma) de grado intermedio de malignidad. No evidencia de invasión vascular. Bordes quirúrgicos libres. Estudio de extensión con TAC tóraco-abdominal, normal. Evolución favorable, actualmente en seguimiento.

Conclusiones. Los Mesenquimomas pediátricos descritos son escasos, la mayoría de alto grado y en >50% de tipo rhabdomiomas o condrosarcomas. El caso descrito, presenta escasa malignidad, aunque hay que diferenciarlo del lipoblastoma, la miositis osificante y el osteosarcoma extraesquelético. El tratamiento es controvertido por su tendencia a la recidiva local, siendo la resección amplia la opción más adecuada. El seguimiento del paciente y el estudio de extensión son necesarios por el escaso número de casos publicados y la naturaleza indolente de algunos de ellos.

- **P.93 Tumor miofibroblástico de localización mesentérica.** Manzanares Quintela A, Carrasco Torrents R, Krauel Giménez-Salinas L, Palazón Bellver P, Martín Solé O, Bejarano Serrano M, García Smith N, Carrera J, Leal R, Vancells Garrido M, Ribó Cruz JM. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Objetivos. El tumor miofibroblástico inflamatorio es una lesión de presentación rara en la edad pediátrica, de comportamiento habitualmente benigno y de localización preferente pulmonar. Se presenta el caso de un tumor miofibroblástico inflamatorio de localización mesentérica.

Material y Métodos. Caso clínico.

Resultados. Paciente de sexo masculino de 4 meses de edad que acude a urgencias por presencia de masa abdominal, detectada por el padre durante el cambio de pañal. A la exploración física presenta una masa abdominal de unos 8 cm de diámetro, dura y móvil a la palpación.

Se completa estudio con Ecografía y CT evidenciándose una masa de 7,5x7 cm sólida, homogénea y bien delimitada, en contacto con marco cólico, intestino y vasos retroperitoneales, sin signos de invasión de estructuras vecinas.

En la cirugía se objetivó una tumoración pediculada procedente de la cara anterior del mesenterio, de bordes lisos y contenido sólido. La resección fue completa, sin otros hallazgos acompañantes. El diagnóstico anatomopatológico fue de tumor miofibroblástico inflamatorio.

Conclusiones. El tumor miofibroblástico inflamatorio es una lesión benigna de baja incidencia que se presenta de forma preferente en la edad pediátrica y en adultos jóvenes. A pesar de que su etiología no está clara actualmente se considera que es producto de una respuesta exagerada a otras lesiones tisulares tales como traumáticas e infecciosas. La localización más habitual es la pulmonar. El diagnóstico es anatomopatológico y el tratamiento de elección es el quirúrgico. A pesar de su condición de benignidad se han descrito recidivas locales, infiltración locoregional y fenómenos metastásicos.

- **P.95 Tumoración abdominal: tumor Tritón.** Mangas Álvarez L, Gómez-Chacón Villalba J, Sanchis Blanco G, Marco Macian A, Costa Borrás E, García Sala Viguier C. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Objetivos. Describir el tumor Tritón (sarcoma de partes blandas de la vaina del nervio periférico con diferenciación muscular) como causa de tumor abdominal en el niño.

Material y Métodos. Revisión retrospectiva de paciente con masa sólida pilolobulada, localizada en raíz del mesenterio en hipo-

gastro de 10x6,5x7 cm (volumen 247 cc) La biopsia percutánea informaba de tumor de partes blandas benigno, sugestivo de tumor neural o del estroma gastrointestinal. Lactato deshidrogenasa elevada: 1.051 U/L. Se indicó resección quirúrgica.

Resultados. Se realizó laparotomía evidenciando masa sólida dependiente de omento y meso ileocecal, con extirpación del tumor y resección ileocecal. Estudio anatomopatológico: tumor con pseudocápsula íntegra, sarcoma no rhabdomiocarcinoma maligno estirpe de vaina de nervio periférico con diferenciación muscular: tumor Tritón. Diámetro mayor: 10 cm; Mitosis x10 campos de gran aumento: 16. Inmunohistoquímica: expresión de GFAP, actina y miosina. S-100 expresada focalmente.

No se demostró enfermedad a distancia ni neurofibromatosis tipo 1. Estadio tumoral T1BN0M0, grupo I (extirpación completa con márgenes no afectados). Se administraron 9 ciclos de quimioterapia adyuvante con ifosfamida, vincristina, actinomicina y doxorubicina. Se desestimó radioterapia por el amplio campo a irradiar.

Tras 4 años de seguimiento el paciente se encuentra asintomático sin recidiva.

Conclusiones. Los falsos negativos en las biopsias de estas masas abdominales junto con los síntomas locales que provocan hacen necesaria su extirpación quirúrgica.

Los sarcomas no rhabdomiocarcinomas son poco frecuentes en la edad pediátrica siendo la resección quirúrgica completa la clave en su tratamiento.

- **P.96 Tumoración presacra de diagnóstico inesperado.** Cortés Sáez J, Sanchís Blanco G, Bordallo Vázquez MF, Barrios Fontoba JE, Lluna González J, García-Sala Vígner C. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. Presentar un caso de tumoración presacra de debut poco frecuente con resultado inesperado.

Material y Métodos. Niño de 22 meses de vida que consulta en Urgencias por fiebre, decaimiento y alteración en las deposiciones. Presenta eritema y dolor en márgenes anales y al tacto rectal abombamiento en pared posterior. Se realiza hemograma y ecografía, diagnosticándose como absceso presacro. Se instaura tratamiento antibiótico intravenoso y se realiza drenaje quirúrgico urgente.

A la exploración 24 horas tras el drenaje se constata recidiva de la masa, se decide revisión quirúrgica volviendo a vaciarla. 24 horas después la masa persiste. Se completa el estudio con ecografía y TAC, cuyos resultados hacen plantear el diagnóstico de quiste de duplicación rectal. Se realiza cirugía de exéresis programada con abordaje en dos tiempos: abdominal y sagital posterior.

Resultados. El postoperatorio fue favorable, iniciando tolerancia el primer día tras la cirugía y siendo alta el séptimo.

El diagnóstico anatomopatológico fue de teratoma quístico maduro. Los controles ecográficos y marcadores tumorales son normales 2 años tras la cirugía.

Conclusiones. La presencia de signos inflamatorios y marcadores de infección en sangre pueden enmascarar el diagnóstico si sólo pensamos en un proceso infeccioso.

Ante una masa presacra es conveniente descartar este tipo de tumoración, para lo que resultaría útil la petición de marcadores tumorales (alfafetoproteína) en el estudio preoperatorio.

Cuando la evolución postoperatoria no es la esperada, conviene replantearnos el diagnóstico.

- **P.97 Tumorectomía como alternativa al tratamiento convencional en el tumor testicular de células de Leydig.** Granero Cendón R, Vázquez Rueda F, Gómez Beltrán OD, Lasso Betancor CE, Ruiz Hierro C, Murcia Pascual FJ. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Los tumores testiculares representan el 1-2% de todos los tumores sólidos pediátricos, con un pico de incidencia entre los 2-4 años de edad. Se clasifican según su célula de origen, siendo los más frecuentes los de tipo germinal El tumor de células de Leydig es el más frecuente de los tumores testiculares no germinales.

Material y Métodos. Presentamos un caso de Tumor de Células de Leydig en el testículo izquierdo de un paciente de 8 años controlado en nuestra consulta por criptorquidia derecha intervenida y que debutó como aumento de volumen escrotal izquierdo.

Resultados. Dado que la lesión era única, intraparenquimatosa, bien delimitada, asintomática y hormonalmente inactiva y teniendo en cuenta el antecedente de criptorquidia contralateral intervenida, una vez conocida la anatomía patológica del tumor se decidió tumorectomía de la lesión

Conclusiones. Debido a la elevada incidencia de tumores benignos en niños prepuberales y a la baja probabilidad de recurrencia local y de extensión, la orquiectomía parcial es un tratamiento muy atractivo y debe ser considerada en este grupo de edad.

- **P.98 Un nuevo caso de MALT ileal como causa de invaginación y obstrucción intestinal.** Souto Romero H, Alonso Calderón JL, Díez R, Rodríguez de Alarcón J, Espinoza Vega M. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. La frecuencia del linfoma gastrointestinal primario es muy baja en la infancia a pesar de ser la localización extranodal más frecuente de los linfomas. Descrita por primera vez en 1983 se incorporó a la nueva clasificación histológica de los linfomas nodales. Presentamos un caso para alertar de la necesidad del reconocimiento precoz de estos casos con características similares a invaginaciones intestinales idiopáticas

Material y Métodos. Paciente de 7 años que acude por dolor abdominal cólico recurrente de 48 horas, vómitos, estreñimiento y rechazo de la alimentación. Afebril, no pérdida de peso llamativa. El análisis de sangre presenta leucocitosis discreta (12.500 mm³) sin neutrofilia con linfocitosis, resto normal. Rx de abdomen inicial sin alteraciones Ecográficamente se vio invaginación intestinal con cabeza en colon ascendente. En la cirugía se localiza la cabeza de la invaginación lográndose su reducción manualmente. No se apreciaron signos de isquemia intestinal pero sí una lesión en ileon distal edematosa, redondeada y engrosada con una depresión central por lo que se efectuó una resección intestinal segmentaria. El estudio anatomopatológico reveló un linfoma tipo B instaurándose tratamiento quimioterápico.

Resultados. Postoperatorio sin incidencias. Actualmente, al año de la cirugía, se encuentra asintomático con controles por parte de oncología

Conclusiones. 1) El linfoma MALT es muy poco frecuente en la infancia (la mayoría son además de buen pronóstico) y se puede presentar con características similares a invaginaciones intestinales idiopáticas. 2) Debemos sospechar la presencia de MALT en función del tipo de lesión, edad, sexo...

- **P.99 Valor de la PAAF en el diagnóstico del nefroma mesoblástico congénito: hallazgos citológicos e implicaciones quirúrgicas.** Roldán Pérez S, Fernández Pineda I, Cabello Laureano R, Aspiazu Salinas D, Requena Díaz MM, Vivas Colmenares GV, De Agustín Asensio JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El nefroma mesoblástico congénito (NMC) es el tumor renal más frecuente en menores de 6 meses y representa un 5% de dichos tumores pediátricos. El correcto diagnóstico histopatológico y su diferenciación, principalmente con el tumor de Wilms tienen implicaciones pronósticas y terapéuticas. Presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico citopatológico del NMC mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF).

Material y Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con NMC, diagnosticados mediante PAAF entre 1995 y 2005. Se analizaron la edad al diagnóstico, sexo, hallazgos citológicos, histopatología definitiva, seguimiento y supervivencia.

Resultados. Se identificaron 6 pacientes diagnosticados por PAAF de NMC, 3 varones y 3 mujeres, con edad media al diagnóstico de 44 días (rango, 1-121). Se realizó estudio citológico tras fijación de las muestras y tinción con GIEMSA y hematoxilina eosina. Se diagnosticaron 4 NMC variedad clásica y 2 variedad mixta (estromal y celular). Todos los pacientes se trataron mediante tumor-nefrectomía y biopsias ganglionares con una edad media de 64 días (rango, 10-186) y la histopatología definitiva mostró 3 NMC variedad clásica, 2 variedad celular y 1 mixto. El tiempo de seguimiento medio fue de 2,8 años (rango, 2-5) y no se han identificado recidivas.

Conclusiones. El conocimiento del NMC y sus características citopatológicas permite al cirujano diferenciarlo de otros tumores renales y establecer estrategias adecuadas de tratamiento.

La PAAF, realizada por citopatólogos entrenados, es un método poco invasivo y seguro, que permite realizar un diagnóstico diferencial con otros tumores renales infantiles sin riesgo de sobreestadificación.

- **P.100 Asociación de tumor vascular mediastínico y atresia de esófago tipo I: Una rara asociación.** González Esgueda A, Delgado Alvira R, Romeo Ulecia M, Escartín Villacampa R, Estors Sastre B, Elías Pollina J. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Los hemangiomas juveniles mediastínicos son tumoraciones vasculares benignas con una incidencia de entre 0,05-1,7%. Con frecuencia aparecen después del nacimiento, están bien delimitados, tienen un rápido crecimiento y pueden involucionar. Suelen ser asintomáticos pero pueden presentarse con tos, disnea, estridor, dolor torácico, neumotórax espontáneo y teleangiectasias faciales.

La gravedad depende del tamaño, la localización y la compresión de la vía aérea.

Material y Métodos. Recién nacida de 35 semanas y peso 1960 gramos con sospecha prenatal de atresia de esófago tipo I que se confirma al nacimiento y se realiza gastrostomía. Distancia entre bolsones de 4 cuerpos vertebrales. En ecocardiograma postnatal se observa drenaje venoso anómalo pulmonar. A los dos meses de edad se interviene para realizar anastomosis termino-terminal de bolsones esofágicos.

Resultados. Toracotomía derecha. Se identifica una masa en mediastino posterior bien delimitada de coloración vinosa de aproximadamente de 5x1,5 cm con drenaje venoso en vena ácigos que se extirpa íntegramente. La anatomía patológica corresponde con un hemangioma juvenil mediastínico nódulo-lobular, con patrón histológico de predominio capilar con expresión inmunohistoquímica de CD31 y factor VIII y un índice proliferativo medio-alto (10-40%). Tras la intervención la niña presenta un síndrome de Bernard-Horner del ojo derecho y heterocromía izquierda. El antebrazo derecho se encontraba aumentado de tamaño y con una coloración violácea. Ambos mejoraron progresivamente sin necesidad de tratamiento. En el postoperatorio tardío la niña presenta reflujo gastroesofágico que requiere tratamiento quirúrgico realizándose funduplicatura.

Conclusiones. Esta asociación atresia-tumor vascular es rara. Se recomienda realizar seguimiento del paciente con pruebas de imagen.

- **P.101 Aspectos clave en el manejo de las complicaciones de la esofagocoloplastia.** Jiménez Crespo V, Delgado Cotán L, Aspiazu Salinas D, Matute Cárdenas JA, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Revisar las complicaciones que aparecen en la cirugía de sustitución esofágica y su manejo a partir de la revisión de los casos intervenidos en nuestro centro en los últimos años.

Material y Métodos. Revisamos 6 pacientes intervenidos entre 1985 y 2010, de edad media 2,125 años, rango 1-3 años en el momento de la sustitución esofágica. El órgano utilizado fue colon izquierdo. La esofagocoloplastia fue retroesternal en todos los casos. La indicación fue la atresia de esófago Tipo I en todos ellos. Las complicaciones más comunes que se presentan en el reemplazo esofágico son: estenosis de la anastomosis en todos los casos, dehiscencia en 4 de ellos, 2 mediastinitis, 1 caso de vascularización deficiente del injerto con necrosis, neumotórax en 2 casos y complicaciones menores como enfisema subcutáneo e infección de herida. En uno de los casos de estenosis fue necesario resección y reanastomosis. Una vez fue necesaria la colocación de una prótesis autoexpandible. Y una de las dehiscencias de sutura precisó reintervención. En el resto el manejo fue conservador.

Resultados. Todos nuestros pacientes consiguieron continuidad digestiva, llevan una vida normal, toleran la alimentación por vía oral y tienen una adecuada ganancia ponderal.

Conclusiones. En la cirugía del reemplazo esofágico suelen aparecer complicaciones cuyo manejo es difícil y tiende a ser conservador. Para el tratamiento de las estenosis suele ser suficiente la dilatación neumática con balón. Para la dehiscencia de sutura colocación de drenaje.

- **P.102 Broncoscopia diagnóstico-terapéutica en masa traqueal.** Díaz Moreno E¹, García Gómez M¹, Licerias Licerias E¹, Muñoz Miguelsanz MA¹, Padilla García, MA¹, Castejón Casado FJ¹, Mátar Sattuf K¹, Ruiz Montes AM¹, Valenzuela Soria A². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica, ²Sección de Neumología Infantil. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Los cuerpos extraños traqueales son infrecuentes (7% cuerpos extraños en vía aérea). Sus complicaciones, potencialmente letales, son 5 veces más frecuentes que para todos los cuerpos extraños en conjunto.

Pretendemos ilustrar un caso de cuerpo extraño traqueal que presentó importante dificultad diagnóstica y que llevó a una evolución tórpida del proceso.

Material y Métodos. Niña 14 meses, que precisa dos ingresos por dificultad respiratoria. En el primero presenta síntomas atribuidos a proceso asmático, instaurándose tratamiento médico sin mejoría, precisando cuidados intensivos. Tras resolución del cuadro es alta, presentando cinco días después nuevo episodio de dificultad respiratoria grave reingresando en UCI. Se realiza fibrobroncoscopia flexible observándose tumoración pediculada en carina protuyendo en luz traqueal. Ante la incertidumbre diagnóstica se realiza TAC, apreciándose imágenes de masa intratraqueal compatible con pólipo, indicándose biopsia.

Resultados. En broncoscopia rígida se visualiza masa ocupante de 3/4 de luz traqueal susceptible de extracción con pinza de cuerpo extraño, comprobando que se trata de una "pipa de sandía", recubierta de tejido granulomatoso.

Evolución posterior favorable con cobertura antibiótica.

Conclusiones. La broncoscopia exploratoria, eventualmente terapéutica, es un método al que debe recurrirse precozmente en pacientes con edad de riesgo de aspiración por cuerpo extraño y evolución tórpida de procesos respiratorios de causa incierta.

Así mismo, este procedimiento ha demostrado su capacidad diagnóstica ante el hallazgo de masas traqueales de naturaleza incierta.

La potencial letalidad de los cuerpos extraños en región laringotraqueal debe inducir al clínico a descartar su diagnóstico ante cualquier cuadro respiratorio de evolución desfavorable

- **P.104 Colgajo de pectoral mayor y omentoplastia en paciente con mediastinitis postesternotomía media tras cirugía cardiaca.** Chamorro Juárez, MdR, García Soldevila N, Primelles Díaz A, Aguilera Neuenschwander JJ, Argos Rodríguez MD, Martínez del Castillo ML, Sánchez Díaz F. *Hospital Materno Infantil. Málaga.*

Objetivos. La mediastinitis es una de las complicaciones más temidas tras cirugía cardíaca.

Nuestros objetivos son: 1) Evaluar la utilización de colgajos pectorales y omentoplastia como tratamiento de la mediastinitis postoperatoria. 2) Describir la técnica quirúrgica empleada.

Material y Métodos. Presentamos caso clínico, de un recién nacido varón pretérmino polimaformado con: atresia esofágica, malformación ano-rectal y tetralogía de Fallot. Las malformaciones digestivas fueron tratadas de forma urgente. La reparación cardiovascular se realizó a los cuatro meses de vida.

La presencia de edema pulmonar, mediastinitis con osteomielitis y necrosis esternal, durante el postoperatorio inmediato impidieron el cierre de esternotomía, por lo que se decidió realizar colgajo pectoral y omentoplastia, tras tratamiento antibiótico inicial. Se realizó colgajo pectoral bilateral en hoja de libro y en avance consiguiendo mayor cobertura con el primero de ellos.

A pesar, de cierre completo del defecto, continuó hemodinámicamente inestable por la comorbilidad asociada, falleciendo por insuficiencia cardíaca.

Resultados. Cierre completo del defecto esternal, con resolución de la mediastinitis.

Conclusiones. La incidencia de mediastinitis postquirúrgica es relativamente baja, está entre el 0,3% y el 3% de los casos, sin embargo presenta elevadas tasas de mortalidad.

Actualmente el desbridamiento radical, seguido del cierre con colgajo pectoral es el tratamiento estándar de las infecciones profundas esternales.

Las ventajas de los colgajos musculares son su potencial de regeneración vascular y capacidad obliterante.

La capacidad antibacteriana y sustitución de pericardio con colgajos de epiplon, ha sido demostrada hace tiempo.

- **P.105 Comparación de los diferentes procedimientos de drenaje pleural en el tratamiento del empiema.** Estors Sastre B¹, Bragagnini Rodríguez P¹, Córdova Salas AK², De Juan F², González Martínez-Pardo N¹, Elías Pollina J¹. ¹Servicio Cirugía Pediátrica, ²Servicio Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. El empiema pleural representa una importante causa de morbilidad en la infancia. A pesar de ello, su tratamiento sigue siendo tema de controversia. El objetivo de este trabajo es dar a conocer nuestra experiencia en el manejo terapéutico de esta entidad.

Material y Métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que fueron diagnosticados y tratados de empiema pleural en nuestro centro entre enero 2001 y diciembre 2010.

Resultados. Fueron estudiados un total de 56 pacientes: 29 se trataron únicamente con tubo de drenaje pleural, en 17 casos se añadieron antifibrinolíticos, en 7 casos se realizó VATS, y en 2 casos cirugía abierta. No hubo diferencia por sexos y la edad media al diagnóstico fue de 5,85 años. Todos los pacientes recibieron tratamiento previo con antibioterapia, siendo la combinación de cefotaxima y vancomicina vía endovenosa, la más utilizada (50%). Las pruebas de imagen incluyeron además de Rx de tórax, ecografía en todos los casos excepto en 6 y TAC en 10 casos. La estancia media total fue de 20,9 días, siendo menor en el grupo de pacientes sometidos a VATS (17,1 días). La complicación más frecuente fue el neumotórax, seguido del enfisema subcutáneo. No hubo muertes y no se demostró recurrencia clínica ni radiológica en ningún caso.

Conclusiones. Aunque todas las opciones terapéuticas fueron de eficacia similar, el grupo tratado con VATS presentó una menor estancia media y ausencia de complicaciones, por lo que concluimos que es una opción eficaz y segura en el tratamiento del empiema.

- **P.106 Estenosis distal de bronquio principal izquierdo asociado a tetralogía de Fallot.** Delgado Cotan L, Aspiazú Salinas DA, Fernández Pineda I, Matute De Cárdenas JA, De Agustín Asensio JC. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Las estenosis bronquiales son una patología excepcional. Presentamos el caso de un paciente con una cardiopatía congénita con una estenosis bronquial distal.

Material y Métodos. Varón de 19 meses con diagnóstico de tetralogía de Fallot con hipoplasia severa de ramas pulmonares que ha precisado ampliación del tracto de salida del ventrículo derecho, angioplastia de tronco y rama pulmonar derecha y embolización de colateral aorto-pulmonar; que ingresa para reparación definitiva de su patología.

En el postoperatorio presenta hemotórax importante, sangrado digestivo y hemoptisis, precisando además la colocación de stents en las 2 ramas pulmonares estenóticas mediante cateterismo. Posteriormente en Rx de tórax se aprecia imagen de atelectasia masiva de pulmón izquierdo y parálisis frénica derecha. Se realiza fibrobroncoscopia observando broncomalacia izquierda y estenosis a nivel de la separación entre L5, llingula y LII que no permite progresar el fibrobroncoscopio. En el TC se aprecia amputación del bronquio principal izquierdo a 22 mm de la carina con colapso completo del árbol bronquial izquierdo.

Resultados. Se realiza toracotomía posterolateral en 4º EIC izquierdo con abordaje de cara lateral del mediastino. Localización de la estenosis mediante fibrobroncoscopia intraoperatoria. Sección completa del bronquio principal con extirpación del tejido fibroso y anastomosis del bronquio lobar superior e inferior al bronquio principal izquierdo. El pulmón se expande en post-operatorio inmediato.

Conclusiones. La implantación de stents vasculares puede ocasionar un efecto masa sobre las estructuras bronquiales adyacentes con compromiso de la vascularización y con el riesgo de ocasionar una estenosis bronquial secundaria.

- **P.107 Estenosis traqueal congénita asociada a atresia de esófago tipo III: Versatilidad de la técnica de traqueoplastia deslizada.** Maruszewski Przemys L¹, Antón-Pacheco JL², Kaliciński P¹, Kansy A¹, Gómez Fraile A². ¹Departamento de Cirugía Pediátrica. *Children's Memorial Health Institute. Varsovia, Polonia.* ²Servicio de Cirugía Pediátrica. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. La presentación conjunta de estenosis traqueal congénita (ETC) y atresia de esófago (AE) tipo III es extremadamente rara. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de un paciente con esta asociación.

Material y Métodos. Varón RNT con PAEG, intervenido en el 2º día de vida de AE tipo III con anastomosis esofágica y cierre de la fístula traqueo-esofágica (FTE) por vía toracoscópica. La extubación fracasó en varias ocasiones por lo que se realizó una broncoscopia sospechando traqueomalacia. En esta exploración se observó una ETC en el tercio distal con anillo traqueal completo, sin colapso traqueal en la zona de la antigua FTE. Este hallazgo fue confirmado en el TAC torácico, estableciendo la longitud del segmento estenótico en 2 cm con un diámetro de 2 mm aproximadamente, con bron-

quios normales. El paciente fue intervenido en la 5ª semana de vida practicando una traqueoplastia deslizada bajo circulación extracorpórea. La técnica se modificó ligeramente para evitar la sección del bolsón esofágico de la antigua fístula en la cara posterior traqueal.

Resultados. El paciente se extubó en el 5º día después de la cirugía y el postoperatorio cursó sin incidencias. El paciente se encuentra asintomático 10 meses después.

Conclusiones. La coexistencia de una ETC con anillo completo y una AE tipo III es un hecho excepcional. La traqueoplastia deslizada es una técnica versátil que se puede emplear tanto en la corrección quirúrgica de un segmento estenótico largo (>30% de la longitud traqueal) como de uno corto, como ha sido este caso.

- **P.108 Estenosis traqueal congénita causada por un nuevo tipo de anillo traqueal.** Fuentes S, Antón-Pacheco JL, López M, Moreno C, Morante R, Benavent MI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentar un paciente con estenosis traqueal congénita causada por un nuevo tipo de anillo traqueal, en "sacacorchos", y tratada quirúrgicamente con éxito.

Material y Métodos. Niña RNT con PAEG, con estridor intermitente y dificultad respiratoria moderada desde el parto. Se realizó broncoscopia observando una estenosis traqueal corta (< 1 cm) y de 3 mm. de diámetro en la tráquea cervical. Las características morfológicas de la lesión correspondían a las descritas previamente por R. Bryant tipificada como estenosis traqueal en sacacorchos. El resto de la vía aérea era normal. El TACAR torácico confirmó este hallazgo y descartó compresión extrínseca u otras anomalías asociadas. Se intentó un tratamiento endoscópico inicialmente, consistente en resección con láser diodo y dilatación neumática, sin conseguir un resultado satisfactorio, por lo que se decidió realizar un tratamiento quirúrgico. La tráquea se abordó por vía cervical, identificando externamente la estenosis sin dificultad. Aun así, esta se confirmó por medio de fibrobroncoscopia intraoperatoria antes de realizar una resección traqueal con anastomosis termino-terminal. La paciente fue extubada en el 4º día. Postoperatorio y dada de alta en el día 12.

Resultados. La broncoscopia de control demostró una anastomosis traqueal con buena luz y sin tejido de granulación. Un año después de la cirugía la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones. La estenosis traqueal en "sacacorchos" representa un nuevo tipo de anomalía congénita, siendo este el segundo caso descrito en la literatura científica. La resección quirúrgica de la lesión, con una anastomosis traqueal termino-terminal sin tensión, es el tratamiento de elección.

- **P.109 Fístula traqueo-esofágica secundaria a ingestión no sospechada de pila de botón en lactante de 7 meses.** Souto Romero H, Alonso Calderón JL, Tejedor Sánchez R, Ollero Caprani JM, Rodríguez de Alarcón García J, Espinosa Góngora R, Luis Huertas AL, Riñón Pastor C, Morató Robert P. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. La ingestión de pilas es muy frecuente en niños ocurriendo de forma excepcional en lactantes, lo que conlleva un serio peli-

gro, ya que al no sospecharse puede provocar un retraso en el diagnóstico. Presentamos un lactante de 7 meses con ingesta no sospechada de pila de botón que produjo una fístula traqueo-esofágica secundaria mostrando videos de las exploraciones y del manejo terapéutico.

Material y Métodos. Lactante de 7 meses que acude a urgencias tres veces en una semana por fiebre, vómitos y tos. Ingresado al séptimo día por persistencia de síntomas. Se realiza radiografía de tórax y abdomen que muestra cuerpo extraño en estrecho torácico superior.

Se realiza esofagoscopia extrayéndose una pila de botón. Se deja sonda nasogástrica y se traslada paciente a reanimación. Ante la persistencia de dificultad respiratoria se realiza tránsito esofágico objetivándose una fístula traqueo-esofágica. Se inició tratamiento conservador durante cinco semanas repitiéndose el tránsito que mostró idéntico resultado por lo que se realizó cirugía para el cierre del trayecto fistuloso y colocación de gastrostomía

Resultados. Tras la cirugía se obtiene cierre secundario de la fístula persistiendo estenosis esofágica a ese nivel que se trató con dilataciones hasta en tres ocasiones. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático con alimentación oral normal

Conclusiones. 1) La ingestión de cuerpos extraños es cada vez más frecuente en niños. En lactantes es especialmente peligrosa debido al retraso en el diagnóstico habiendo mayor riesgo de complicaciones. 2) Existen múltiples opciones terapéuticas descritas en la literatura debiendo individualizarse cada caso.

- **P.110 Hidatidosis pulmonar.** Rubio Cordero JL, Pérez Bertólez S, González Mariscal M, Romero Nieto I, Navarro Pardo R, Jiménez Lorente AI, Asensio García J. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Objetivos. Presentar un caso de quiste hidatídico pulmonar en un niño de origen marroquí por la escasa frecuencia del proceso en nuestro medio, en contraposición con la de su país de origen.

Material y Métodos. Caso clínico.

Resultados. Niño de 4 años que acude por dolor en hipocondrio derecho. Reside en España, viajando frecuentemente a Marruecos donde tienen contacto con animales domésticos y de granja.

En los exámenes complementarios destaca eosinofilia (9.000 mm³), LDH 16.890 U/l. Serología de *Echinococcus granulosus*: negativa.

Se realiza una ecografía y un TC tóraco abdominal en los que se observa un quiste unilocular intratorácico derecho de 7,9 x 8 cm, de pared fina, sin calcificaciones, septos ni polo sólido.

Ante la alta sospecha de quiste hidatídico se indicó la cirugía, realizando un tratamiento previamente con Albendazol 15 mg/kg/día durante un mes.

Se enucleación íntegra de la hidátide (parto hidatídico) mediante toracotomía, sin complicaciones.

Conclusiones. La hidatidosis es una entidad excepcional en la actualidad en nuestro medio, debido a la mejora en las condiciones higiénico sanitarias.

Estamos observando un incremento acelerado debido a la inmigración. Es importante conocer este tipo de parasitosis debido a que el diagnóstico clínico es difícil por lo inespecífico de los datos y la sintomatología. En las zonas endémicas estos datos clínicos hacen

sospechar la enfermedad pero se torna difícil en regiones donde estas son poco frecuentes.

Es importante realizar una buena anamnesis clínica haciendo hincapié en los antecedentes personales y familiares para intentar realizar un diagnóstico precoz e incluirlas dentro del diagnóstico diferencial.

- **P.111 Neumotórax bilateral recidivante en lactante con histiocitosis sistémica.** Fuentes Carretero S, Cano Novillo I, López Díaz M, Morante Valverde R, García Vázquez, A, Moreno Zegarra C, Gonzalez Herrero M, Tordable C, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Presentamos un caso infrecuente de manifestación pulmonar en forma de neumotórax bilaterales de repetición y su manejo

Material y Métodos. Revisión de caso clínico

Resultados. Lactante de 2 meses que consulta en Urgencias por cuadro de decaimiento, pérdida de apetito, fiebre y clínica respiratoria, acompañado de lesiones cutáneas maculo-papulosas. Con diagnóstico de histiocitosis sistémica ingresa para estudio evidenciándose en radiografía afectación difusa en panal de ambos pulmones. Presenta neumotórax izquierdo que precisa drenaje endotorácico. Tras evolución satisfactoria presenta recidivas múltiples del neumotórax izquierdo y neumotórax derecho por lo que se plantea resección de bullas en pulmón izquierdo por toracoscopia y pleurodesis química con evolución satisfactoria. Posteriormente se realiza pleurodesis química en dos ocasiones del lado derecho con recidivas posteriores siendo necesaria toracoscopia derecha para pleurodesis mecánica. Actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico y asintomática desde el punto de vista respiratorio.

Conclusiones. La afectación pulmonar en panal en la histiocitosis sistémica es infrecuente en la edad pediátrica y su manejo es controvertido. La afectación difusa pulmonar hace recomendable el adoptar una postura conservadora en el parénquima dada la capacidad de recuperación del tejido pulmonar con la remisión de la enfermedad pero la pleurodesis química puede ser insuficiente. La toracoscopia permite evaluar el estado del parénquima pulmonar, identificar zonas de fuga para proceder a su sellado y realizar pleurodesis química y mecánica con resultados satisfactorios.

- **P.112 Pectus excavatum. Nuestra experiencia.** Ruiz Catena MJ, Ibáñez Cerrato F, Aguilera Neuenschwander J, Martínez del Castillo ML, García Soldevila N. *Hospital Materno Infantil. Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. Presentar la experiencia de nuestro centro en las diferentes opciones terapéuticas y complicaciones del pectus excavatum.

Material y Métodos. Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo basado en revisión de historias clínicas de pacientes tratados en nuestro centro por pectus excavatum

Resultados. Hemos utilizado 2 técnicas en el tratamiento del pectus excavatum, colocación de barra de Nuss con ayuda toracoscópica y la infiltración de ácido hialurónico. En cuanto a las complicaciones, la más frecuente ha sido la recidiva.

Conclusiones. La infiltración de ácido hialurónico es una técnica que debe ser empleada en casos de rechazo a la cirugía o ésta esté contraindicada.

La técnica quirúrgica de elección es la técnica de Nuss, que ofrece según la literatura revisa muy buenos resultados aunque algo peores en nuestra serie.

- **P.113 Quistes broncogénicos en la infancia: revisión de nuestra casuística.** Gómez Beltrán Ó, Garrido Pérez JI, Vargas Cruz V, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor C, Castillo Fernández L, Paredes Esteban R. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Objetivos. Evaluar los resultados de los pacientes intervenidos con diagnóstico de quiste broncogénico.

Material y Métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas.

Resultados. Entre los años 1999 a 2011 se intervinieron 4 pacientes (2 niños y 2 niñas) con diagnóstico de quiste broncogénico. La edad media fue de 7,25 años (rango de 1 a 14 años) El síntoma más común fue fiebre secundaria a sobreinfección del quiste (2 pacientes) Una paciente presentó hemoptisis y vómita y en otro fue un hallazgo casual durante el estudio de extrasístoles ventriculares. La localización de la lesiones fue en mediastino posterior (2 casos), lóbulo superior derecho (1 casos) y lóbulo superior izquierdo (1 caso). La media del diámetro mayor de las lesiones en el TAC fue de 2,66 cm. 3 pacientes se intervinieron mediante toracotomía abierta y resección de la lesión y 1 caso mediante videotoroscopia con drenaje y puesta a plano del quiste. No hubo complicaciones intraoperatorias en ningún caso. La anatomía patológica informó quiste broncogénico coincidente con malformación adenomatoidea quística en un caso. La estancia media fue 7,5 días.

Conclusiones. Los quistes broncogénicos pueden cursar de modo asintomático y ser un hallazgo incidental, aunque generan complicaciones relevantes tales como infección, sangrado, ruptura, compresión de estructuras adyacentes y degeneración tumoral. El porcentaje de complicaciones quirúrgicas en la literatura oscila entre el 0 y el 27% En nuestra experiencia, el tratamiento quirúrgico de los quistes broncogénicos es seguro y eficaz, tanto por cirugía abierta como por abordaje videotoroscópico.

- **P.115 Sistema de compresión dinámico para la corrección del pectus carinatum. Inicio del procedimiento y experiencia preliminar.** González Temprano N, Molina Caballero A, Conde Cortés J, Martínez Bermejo MA, Bento Bravo L. *Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

Objetivos. La elasticidad y maleabilidad de la pared torácica, son los principios en los que se basa el tratamiento ortopédico de la gran mayoría de los pectus carinatum. Desde hace pocos años, existe en el mercado un sistema ortopédico de compresión dinámica (DCS), implantado ya en varios países, con resultados excelentes en series amplias de pacientes, cuya novedad, es que nos proporciona un dispositivo electrónico que controla la presión necesaria para reducir la deformidad.

En nuestro servicio hemos iniciado recientemente el procedimiento, cuya experiencia vamos a transmitir en esta comunicación: Las indicaciones, desarrollo de la técnica y resultados preliminares.

Material y Métodos. Desde hace 6 meses, hemos empezado la curva de aprendizaje con 10 pacientes; edad media 12,2 años (7-16)), 8 varones y 2 hembras, 8 malformaciones condrogliolares asimétricas y 2 simétricas; la presión de corrección inicial (PCI) fue desde 3,88 hasta 10 libras por pulgada cuadrada (PSI). La presión inicial de tratamiento, no pasó en ningún caso de 2 PSI, para evitar daños colaterales de la piel. Los pacientes se sintieron cómodos con el sistema, el cual sólo se retira para el aseo o la actividad deportiva.

Resultados. En las cuatro primeras semanas de tratamiento se realizó control semanal de la presión de corrección que se fue subiendo lentamente, hasta alcanzar la PCI predeterminada. En una escala del 1-10, valora el paciente y

Conclusiones. El DCS es un sistema fácil de llevar, ligero y con buena adaptación al paciente. Es sin duda, el tratamiento de elección del pectus carinatum, antes de decidir cualquier procedimiento quirúrgico.

- **P.116 Toracoplastia percutánea videoasistida de Nuss. 10 años de experiencia.** Bardají C, García-Núñez B, Brun N, San Vicente B, Sánchez B, Rigol S, Obiols P, Mesa JC, López S. *Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. Describir la experiencia de 10 años de toracoplastia percutánea videoasistida de Nuss (TVN) y comparar los resultados con una serie previa de pacientes intervenidos mediante toracoplastia subpericondral de Ravitch-Welch (TRW).

Material y Métodos. Desde junio de 2001 a diciembre de 2011, 72 pacientes afectados de PE con criterio quirúrgico fueron intervenidos consecutivamente mediante TVN. Los resultados fueron comparados con 21 pacientes que habían sido intervenidos previamente mediante TRW. En ambas series, todos los procedimientos fueron realizados por el mismo cirujano.

El grupo TVN, incluye 63 varones y 9 mujeres con edades comprendidas entre 3 y 32 años ($x=12.7$ años). El grupo TRW incluye 19 varones y 2 mujeres con edades entre 3 y 21 años ($x= 10.4$ años). Se comparó duración de la intervención, pérdida de sangre, duración del tratamiento analgésico, duración de la hospitalización, recuperación hasta el normal restablecimiento y complicaciones.

Resultados. La duración de la intervención fue notablemente menor en el grupo TVN (55m) en contra de los 126m en el grupo TRW ($p<0,001$). La pérdida de sangre es mínima en el grupo TVN. La duración del tratamiento analgésico y la duración de la hospitalización fueron significativamente menores en el grupo TVN ($p<0,05$). El restablecimiento completo no ofreció diferencias significativas. Hubo un bajo índice de complicaciones menores en 7 pacientes en ambas series (granulomas, seromas y mínimo desplazamiento de la barra).

Conclusiones. TVN es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento del PE, que se puede emplear en todos los pacientes con independencia de su edad.

- **P.118 Tumor de Askin: a propósito de un caso.** Infantes Ormad M, Asensio García J, Pérez Bertólez S, Rubio Cordero JL, González Mariscal M, Jiménez Lorente AI. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Introducción. El tumor de Askin, perteneciente a la familia de los tumores de Ewing, es un tumor con diferenciación neural que puede comprometer tejidos blandos de la pared torácica, periostio y parénquima pulmonar. Se trata de un tumor predominante en la infancia con una elevada mortalidad. En la actualidad el pronóstico ha mejorado considerablemente gracias al desarrollo de la quimioterapia.

Objetivos. Exponer nuestra experiencia clínica en un paciente afecto por este tumor.

Material y Métodos. Paciente de 13 años de edad diagnosticado de tumor de Askin en la 4ª costilla izquierda mediante TAC torácico durante el seguimiento de una neumonía, por persistencia de la imagen radiológica a pesar de encontrarse el paciente asintomático.

Resultados. El paciente recibió quimioterapia según protocolo Ewing-SEOP 2001, Grupo 3, y resección completa de la lesión incluyendo 3ª, 4ª y 5ª costillas con un margen de seguridad de 2 cm y una resección pulmonar atípica, cubriendo el defecto con una prótesis de Goretex.

Conclusiones. El pronóstico del tumor de Askin mejora considerablemente con un diagnóstico precoz y un correcto tratamiento médico-quirúrgico. Aún siendo una enfermedad con una incidencia baja, es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de las patologías que afectan a la pared torácica en la infancia.

- **P.119 Tumor miofibroblástico inflamatorio pulmonar: Dilema diagnóstico y terapéutico.** Gonzálvez Piñera J, León Atance P, Fernández Córdoba MS, Hernández Anselmi E, Marijuán Sahuquillo V, Lillo Lillo M, Nam Cha SH, Valer Correllano J. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es un tumor benigno raro, descrito inicialmente en pulmón en niños y adultos jóvenes, aunque aparece en otras localizaciones en las escasas publicaciones científicas. Plantea un dilema diagnóstico anatomopatológico y las recientes comunicaciones de malignización o recurrencia añaden controversia a su etiqueta de tumor benigno. Presentamos el caso de un TMI de lóbulo superior derecho pulmonar.

Material y Métodos. Niño de 3 años ingresado por fiebre, cuadro catarral y tumor en RX de tórax. TAC: Masa sólida de 4 cm torácica hiliar y paravertebral derecha con compresión y estenosis de bronquio principal, adherido a arteria y venas pulmonares. Captación intensa de contraste y zonas de necrosis en su interior. El diagnóstico más probable es de linfoma o blastoma pleuropulmonar, planteando diagnóstico diferencial con tumores neurogénicos, de Askin y rhabdomyosarcoma. Punción dirigida por TAC: Proliferación fusocelular-epitelioide con marcado pleomorfismo sugestivo de tumor mesenquimal. Lobectomía superior derecha con endograpadora. Resección de rodete de bronquio lobar y pared del bronquio intermediario hasta carina por infiltración tumoral. Linfadenectomía mediastínica

Resultados. Postoperatorio sin incidencias. Estudio anatomopatológico: TMI pulmonar con infiltración bronquial y mediastínica. Seguimiento de 1 año con TAC sin recidiva tumoral.

Conclusiones. La posibilidad de recidiva local y malignización a sarcomas indiferenciados o histiocitomas malignos hace del TMI un tumor “benigno” especial. El diagnóstico patológico e inmunohistoquímico es complejo y las biopsias pre o intraoperatorias no suelen ser concluyentes. El tratamiento es la exéresis completa del tumor, siendo necesario un seguimiento a largo plazo para diagnosticar recidivas o transformación maligna.

- **P.120 Cirugía de la estenosis pieloureteral en menores de 2 años. Nuestra experiencia con el uso de catéter ureteral uni-j con prolongación externa.** Hernández Martín S¹, Linares E², Lobato Romera R¹, López Fernández S¹, López Pereira P¹, Martínez Urrutia MJ¹, Jaureguizar Monereo E¹. ¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. Evaluar resultados de las estenosis pieloureterales (EPU) intervenidas en menores de 2 años, con el uso del catéter ureteral uni-J con prolongación externa cerrada como método de derivación urinaria en el postoperatorio inmediato.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo no aleatorizado en pacientes menores de 2 años intervenidos de EPU durante 2005-2011. Técnica operatoria: Pieloplastia desmembrada (Anderson-Hynes).

Variables de medida: Tipo de derivación urinaria (catéter ureteral uni-J con prolongación externa cerrada o nefrostomía con tutor ureteral externo), complicaciones postoperatorias, tiempo de hospitalización y respuesta al tratamiento (ecografía, gammagrafía renal, renograma diurético, al año de la intervención y recurrencia).

Resultados. Serie total de 85 casos (26M, 59V) con edad media de 6,51 meses (s=5,75). En 75 casos (88%) se utilizó el catéter uni-J. El tiempo de intervención fue 80 minutos (s=23).

El ingreso medio fue de 3,8 días, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (3,5 (s=1,9) en el primero y 7,2 (s=1,5) en el segundo). Presentaron complicaciones en relación con el catéter uni-J 7 pacientes: 5 urinoma y 2 introducción por herida quirúrgica de la prolongación externa.

No hubo diferencias entre los 2 grupos en la respuesta al tratamiento. La ecografía demostró reducción significativa de la hidronefrosis en 84,3% de pacientes. El aumento de eliminación en el renograma isotópico fue igualmente significativo [43,7%, IC(35,1-52,3)], pero no así el de la captación gammagráfica. Dos casos recidivaron, precisando reintervención.

Conclusiones. El catéter ureteral uni-J reduce de forma importante la hospitalización. La complicación más frecuente asociada a este drenaje es el urinoma.

- **P.121 Clasificación anatómica de la relación epidídimo-testicular en pacientes con hernia o criptorquidia.** Mira Navarro J¹, Albertos Mira-Marcelí N¹, Gallello Mellado N¹, Encinas Goenechea A¹, Cort Gomis A², Sánchez Del Campo F². ¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Departamento de Histología y Anatomía de la Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos. Existen varias clasificaciones de las anomalías de la relación epidídimo-testicular. Sin embargo, son complejas y confusas para la aplicación en la práctica clínica. El objetivo de nuestro trabajo es presentar una propuesta de clasificación sencilla, que pueda ser memorizada fácilmente.

Material y Métodos. Se realizó un estudio prospectivo incluyendo a todos los niños intervenidos por uno de los autores por criptorquidia o hernia inguinal desde 2004 hasta 2010. En cada paciente se obtenían los siguientes datos clínicos: diagnóstico, posición del testículo y características del epidídimo y del deferente. Se realizó un registro fotográfico de la relación entre la cabeza del epidídimo y el teste. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las distintas situaciones halladas y una clasificación anatómica de las mismas.

Resultados. Se examinaron un total de 371 testículos. Según sus características, diferenciamos cuatro categorías: el Grado 0 o normalidad; o sea, las características descritas en los textos de anatomía (184 testes), el Grado I en el que existe una separación entre la cabeza del epidídimo y el teste que puede ser menor en el Grado IA (133 testes) o mayor en el IB (42 testes). El Grado II son los casos de ausencia total o parcial del epidídimo o deferente (12 testes).

Conclusiones. Proponemos una nueva clasificación de las malformaciones epidídimo-testiculares práctica y sencilla que puede ser utilizada fácilmente por el cirujano en el quirófano diario. Se basa principalmente en la presencia de todas las estructuras y en la relación entre la cabeza del epidídimo y el teste.

- **P.123 Diagnóstico diferencial de una tumoración vesical con hematuria: esquistosomiasis vesical.** Gander R, Delgado G, Royo G, Asensio M, Lozano F, Martín JA. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Presentación de un caso y revisión bibliográfica de la esquistosomiasis vesical.

Material y Métodos. Paciente varón de 14 años, natural de Mali, derivado a nuestro centro para estudio de hematuria recurrente asintomática de 2 años de evolución. En el sedimento urinario presenta hematíes no dismórficos con examen micro y parasitológico dentro de la normalidad. Tras descartar causas nefrológicas de hematuria se evidencia, en la última ecografía, en cúpula vesical una masa pseudo-polipoide de 1 centímetro de diámetro, bien vascularizada que se informa como probable angioma.

Resultados. Ante la presencia de una tumoración vesical no filiada se decide cistoscopia transuretral diagnóstico-terapéutica hallando una masa vegetante en la pared vesical de características inflamatorias. El examen histológico de la lesión muestra huevos de *Schistosoma haematobium* con reacción granulomatosa típica. Tras el diagnóstico se instauró tratamiento con praziquantel sin repetirse nuevos brotes de hematuria hasta la actualidad.

Conclusiones. La esquistosomiasis o bilharziasis es una enfermedad parasitaria poco frecuente pero potencialmente grave para el aparato urinario que debe tenerse en cuenta en los casos de hematuria, sobre todo cuando ésta afecta a niños de países donde es endémica. Los síntomas genitourinarios aparecen en el estadio avanzado de la enfermedad. En las fases iniciales el tratamiento es médico (praziquantel), pero numerosas manifestaciones de la uropatía bilharziana requieren ureterocistoscopia para su diagnóstico y trata-

miento. La importancia de esta patología radica en su diagnóstico y seguimiento, puesto que tiene elevada tasa de malignización.

- **P.124 Diagnóstico prenatal de quiste de uraco abierto en pared abdominal.** Tirado Pascual M, Primelles Díaz A, Recober Montilla A, Mielles Cerchar M, García Mérida M. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. La obliteración incompleta del alantoides origina diferentes formas de patología uracal: fístula vesicouracal, divertículo, seno o quiste de uraco. La imagen ecográfica prenatal del quiste de uraco es característica. Inicialmente, se aprecia una megavejiga fetal que se comunica con un quiste en la base del cordón umbilical, los vasos umbilicales están adyacentes al mismo y suele desaparecer, por rotura, al final de la gestación. Se presenta un caso clínico en el que se aprecian todas las características descritas.

Material y Métodos. Varón de 37 semanas de gestación, nacido mediante cesárea por diagnóstico prenatal de quiste de uraco. Presentaba un cordón umbilical normoimplantado y por debajo del mismo, existía un defecto de cierre de la pared abdominal de unos 3 cm de diámetro, con cubierta amniótica. Los genitales externos eran normales y no se apreció ningún defecto musculoesquelético ni ninguna otra malformación asociada. La ecografía del tracto urinario superior fue normal. Al realizar sondaje vesical en quirófano, se observó la sonda de Foley a través de las cubiertas amnióticas.

Resultados. Se realizó exéresis del quiste de uraco y cierre de vejiga y pared abdominal. El cistouretrograma posterior mostró una vejiga de buena capacidad, sin reflujo vesicoureteral y con una uretra normal.

Conclusiones. El diagnóstico prenatal de quiste de uraco está bien definido y es importante diferenciarlo de otros defectos del cierre de la pared abdominal y de la vejiga, ya que presenta un mejor pronóstico.

- **P.125 Displasia renal multiquística segmentaria asociada a ureterocele y quistes renales simples.** Tardáguila Calvo AR, Parente Hernández A, Romero Ruiz RM, Angulo Madero JM, Rivas Vila S, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La displasia multiquística renal segmentaria es un subtipo muy raro de displasia, 4% de éstas, caracterizada por la existencia de quistes no comunicantes en una sola porción del riñón separados por parénquima renal con mínima función y que frecuentemente se asocia a otras anomalías del sistema colector, ipsi y contralaterales.

Material y Métodos. Recién nacido a término con severa ureterohidronefrosis izquierda prenatal. La ecografía al nacimiento visualiza gran masa renal izquierda multiquística que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo desplazando estructuras abdominales, megauréter izquierdo y ureterocele intravesical. La CUMS descarta reflujo vesicoureteral. En la gammagrafía no existe captación en polo superior derecho y la del izquierdo es heterogénea. Se realiza punción endoscópica del ureterocele y pielografía retrógrada que no es diagnóstica, y se punciona percutáneamente la gran masa con sali-

da de orina. La uroRMN descubre una duplicidad renal derecha con displasia segmentaria del pielón superior y un riñón izquierdo que parece triplicado (incompleto) con una megapelvis inferior de 3 cm. Se explora quirúrgicamente encontrando tres grandes quistes corticales izquierdos con duplicidad completa.

Resultados. Presentamos un caso de masa renal prenatal en el que postnatalmente fue imposible realizar un diagnóstico de certeza mediante pruebas de imagen y en el que la cirugía nos ofreció un diagnóstico inesperado.

Conclusiones. Ante la presencia de una gran masa quística prenatal debemos considerar la rara posibilidad de quistes simple, que supondrían un pronóstico excelente frente a otras posibilidades más frecuentes y una modificación del consejo prenatal.

- **P.126 Estudio de la relación entre la posición del testículo y la presencia de malformaciones epidídimo-testiculares.** Mira Navarro J¹, Albertos Mira-Marcelí N¹, Gallelo Mellado N¹, Encinas Goenechea A¹, Cort Gomis A², Sánchez Del Campo F². ¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Departamento de Histología y Anatomía de la Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos. Uno de los objetivos del tratamiento de la criptorquidia es la obtención de un grado de fertilidad aceptable. La fertilidad no sólo está relacionada con la histología del teste, sino también con la morfología de la unión epidídimo-testicular. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la relación entre la posición del testículo y la presencia de malformaciones epidídimo-testiculares.

Material y Métodos. Se realizó un estudio prospectivo incluyendo a todos los niños intervenidos por uno de los autores por criptorquidia o hernia inguinal desde 2004 hasta 2010. En cada paciente se obtenían además de datos epidemiológicos, los siguientes datos clínicos: diagnóstico, posición del testículo, características del epidídimo y del deferente y relación entre la cabeza del epidídimo y el teste. Además del estudio descriptivo, se realizó un test de independencia estadística para predecir si la posición del testículo se relacionaba con el tipo de malformación epididimaria.

Resultados. Se examinaron 371 testículos, de los cuales el 40.4% eran escrotales, el 33% supraescrotales, el 13.7% del canal y el 12.7% intrabdominales. La probabilidad de encontrar una unión epidídimo-testicular normal fue del 70% en los testes escrotales, del 60% en los supraescrotales, del 20% en los del canal y del 10% en los intrabdominales.

Conclusiones. La frecuencia de anomalías epidídimo-testiculares es más frecuente y más importante cuanto más alejado del escroto se encuentra el teste.

- **P.127 Evaluación del tratamiento inicial de los ureteroceles en nuestro centro.** Gander R, Asensio M, Royo G, Curbelo M, Martín JA. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Evaluar los resultados de la actitud terapéutica inicial en los ureteroceles con repercusión alta.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de los casos pediátricos de ureteroceles diagnosticados en nuestro centro entre enero del 2000 y diciembre de 2011.

Resultados. Se han analizado un total de 43 pacientes (19 varones y 24 mujeres). El diagnóstico inicial fue por ureterohidronefrosis (34) (33 diagnóstico prenatal), ITU febril (5) y ureterocele prolapsado (3). El 88,4% se asociaba a un riñón duplicado. El diagnóstico se realizó con ecografía en todos los pacientes. El protocolo de estudio además incluyó: cistografía miccional seriada en 41 (95,3%) y gammagrafía renal en 35 pacientes (79,1%). Se evidenció reflujo vesicoureteral (RVU) preoperatorio en 27 pacientes.

En 6 pacientes (14%) se decidió conducta expectante. De éstos, 1 requirió cirugía. Los 37 restantes (86%) fueron intervenidos: punción endoscópica (18), heminefrectomía (14), nefrectomía (3) y reimplante (2). La mediana de edad fue de 3,44 meses (DT: 9,87).

De los 18 pacientes puncionados 12 (66,6%) evolucionaron bien. En 3 apareció RVU al hemiriñón superior (HRS) estando en seguimiento y solo 6 (33,3%) requirieron una segunda cirugía.

La media de seguimiento fue de 77,72 meses (r: 3,43-141,08).

Conclusiones. Existe controversia sobre el manejo óptimo de los ureteroceles en la infancia. La punción endoscópica precoz es una herramienta útil y frecuentemente es el tratamiento definitivo si se asocia a un HRS funcionante. El RVU es la complicación más frecuente pero no es indispensable su tratamiento. La heminefrectomía precoz está indicada en aquellos pacientes con HRS no funcionante con resultados excelentes.

- **P.128 Exéresis laparoscópica de divertículo vesicouracal.** Díaz Moreno E¹, Recober Montilla A², Miéles Cerchar M², García Mérida M². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. El divertículo vesicouracal es una patología poco frecuente, usualmente asintomática, aunque puede cursar con disuria o infecciones urinarias de repetición.

Clásicamente su exéresis se ha realizado mediante laparotomía y recientemente por laparoscopia.

Material y Métodos. Presentamos el caso de un paciente varón de 10 años, con antecedentes de dolor epigástrico de 2 años de evolución, sin otra sintomatología asociada. La ecografía abdominal evidenció una lesión quística paravesical de 8,6 mm, sin comunicación con la vejiga.

Se realiza exéresis laparoscópica, mediante la colocación de 3 trócares de 5 mm a nivel infraumbilical y en ambos flancos. Tras la disección del quiste, se coloca sonda vesical llenando la vejiga, evidenciándose comunicación con la lesión. Se realiza sección por la base de la lesión resecaando parte de la cúpula vesical. Cierre vesical en dos planos y extracción de la pieza a través del orificio umbilical.

Resultados. El paciente fue dado de alta a las 36 horas, con sondaje vesical que se mantuvo en domicilio durante 7 días. Recibió antibioterapia oral y anticolinérgicos. El resultado estético fue satisfactorio.

Conclusiones. El uraco es un vestigio embrionario que se extiende desde la cúpula vesical hasta el ombligo y deriva del alantoides. Esta persistencia puede dar lugar a diferentes anomalías como son: persistencia de uraco, quiste de uraco, seno uracal y divertículo vesicouracal. Su diagnóstico suele ser ecográfico. El abordaje tradicio-

nal ha sido por laparotomía. Recientemente la utilización de la laparoscopia ha mostrado una disminución de la morbilidad, del tiempo de hospitalización y un mejor resultado estético.

- **P.129 Glanduloplastia con desepitelización y aproximación alas glandulares para el tratamiento del hipospadias balanítico distal. Nuestra experiencia.** Zambudio Carmona GA, Guirao Piñera MJ, Cabrejos Perotti K, Fernández Ibieta M, Reyes PY, Martínez Castaño I, Ruiz Jiménez JI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. H.U. Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. Los hipospadias balaníticos suelen presentar un meato unos milímetros proximal a su posición normal, con una membrana distal y separación de las alas glandulares, esta zona está cubierta con un epitelio que puede desepitelizarse sin dañar la uretra subyacente y las alas del glande pueden ser aproximadas a línea media.

Material y Métodos. Se revisan las fichas de nuestros pacientes intervenidos por hipospadias y seguidos de forma prospectiva desde el año 2000.

Resultados. Fueron 47 pacientes intervenidos por hipospadias balaníticos distal con desepitelización y aproximación de las alas del glande. La edad media 4,2 años. En 12 pacientes (25%) se corrigió algún grado de curvatura mediante un punto dorsal de Baskin. La desepitelización de la cara ventral del glande se realizó en todos los casos y no ocurrió lesión ni perforación accidental de la uretral. En 2 casos se colocó sonda vesical 4-6 días postoperatorios, en 21 casos no se empleó tutor y en 24 casos se colocó stent uretral. El resultado estético fue satisfactorio en todos los casos con un aspecto difícil de distinguir de una intervención de circuncisión. Ningún paciente presentó estenosis ni fístula postoperatoria.

Conclusiones. La desepitelización de la cara ventral del glande y glanduloplastia se ha mostrado una técnica segura, sin daño uretral en nuestra serie. Pensamos que debe ser tenida en cuenta para el tratamiento de los hipospadias balaníticos distales. Pensamos que la reparación estética en estos casos no es irrazonable sobre todo si se presenta en niños que precisan cirugía por otras patologías.

- **P.130 Heminefrectomía laparoscópica y abierta: complicaciones y resultados a largo plazo.** Moreno Zegarra C, Cabeza-Lí Barbancho D, Fuentes Carretero S, Morante Valverde R, López Vázquez F, Aransay Bramtot A, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Actualmente se tiende a efectuar las heminefrectomías mediante laparoscopia. Mostramos nuestra experiencia en las heminefrectomías laparoscópicas (HL), comparándolas con la técnica abierta (HA) en la edad pediátrica.

Material y Métodos. Hemos revisado de manera retrospectiva los datos de 55 pacientes a los que se les efectuó una heminefrectomía, 29 por vía laparoscópica (52,7%) y 26 mediante cirugía abierta (47,3%). Todos los pacientes fueron seguidos mediante ecografía, gammagrafía y cistouretrografía miccional seriada si había reflujo vésicoureteral.

Resultados. Durante la intervención de los 26 casos de HL hubo tres casos de sangrado (11,5%). Las complicaciones postquirúrgicas

fueron dos urinomas (7,6%) un hematoma intraabdominal (3,8%) y dos anulaciones funcionales por torsión del remanente del polo superior (7,6%). Hemos observado quistes en el margen de resección en 6 casos (23%).

Ninguno de los 29 casos de HA presentaron complicaciones durante la cirugía. Las complicaciones postquirúrgicas fueron un urinoma (3,5%), un hematoma retroperitoneal, (3,5%), 2 anulaciones funcionales (7%) y un piureter del remanente ureteral (3,5%). Hemos observado 8 casos de quistes en el margen de resección (27,5%).

El tiempo medio de seguimiento ha sido de 3 años y dos meses (rango: 7 meses y 6 años).

Conclusiones. La HL tiene unos resultados funcionales y unas tasas de complicaciones similares a la HA con un mejor resultado estético y menor morbilidad asociada a la lumbotomía. Son necesarias pruebas de imagen y de función para detectar posibles complicaciones futuras que no se manifiestan durante la intervención.

- **P.131 Hernia renal a través de pielostomía cutánea.** Jiménez Crespo V, Millán López A, Barrero Candau R, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Presentación de un caso clínico excepcional. Mostrar las potenciales complicaciones en el manejo de una pielostomía con tendencia al prolapso.

Material y Métodos. Paciente de 12 meses de edad con hidronefrosis bilateral severa de diagnóstico intraútero que precisó punciones evacuadoras, y a la que se realiza tras el nacimiento pielostomía derecha de descarga y pieloplastia izquierda. AP embarazo único de 37 semanas. Parto inducido, cesárea. LA claro, Apgar 10/10/10. Pruebas complementarias al nacimiento: ECO: hidronefrosis bilateral secundaria a estenosis de la unión pieloureteral. MAG-3 obstructivo. Curvas acumulativas 58,1% Riñón derecho (RD), 21,6% Riñón izquierdo (RI). Test de captación relativo 39,8% RD y 60,2% RI. Presenta episodios recurrentes de prolapso de la pielostomía. En el último de ellos se produce prolapso renal requiriendo reducción quirúrgica.

Resultados. Cirugía: desinserción de la pielostomía con ampliación de la lumbotomía. Se revierte el riñón a su posición normal.

Conclusiones. Excepcionalidad del caso.

- **P.132 La torsión testicular, la ecografía de alta resolución y el signo del remolino.** García-Núñez B, Durán C, Rigol S, San Vicente B, Sánchez B, Brun N, Obiols P, Bardaji C. *Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. La torsión testicular es una emergencia quirúrgica que requiere un diagnóstico rápido y eficaz.

El objetivo de nuestro estudio es describir la utilidad y las ventajas de la ecografía de alta resolución frente al doppler color convencional en el diagnóstico de la torsión testicular, y describir el signo del remolino, hallazgo ecográfico específico de torsión testicular intravaginal.

Material y Métodos. Se recogen de manera prospectiva todos los pacientes pediátricos con sospecha de torsión testicular en los

que se realiza ecografía testicular de alta resolución y doppler convencional, y existe confirmación diagnóstica quirúrgica posterior, durante el periodo de tiempo comprendido entre Octubre 2003 y Octubre 2011, analizando la edad, el tamaño y aspecto del teste, el tiempo de inicio de los síntomas, y diferentes hallazgos ecográficos.

Resultados. Se ha obtenido una muestra de 30 casos (rango de edad 12-18 años).

Con la ecografía de alta resolución, el signo del remolino se objetivó en todos los casos (100% especificidad). Mientras que con el doppler color convencional, dicho signo sólo se pudo objetivar en 5 pacientes y además, 4 pacientes presentaban flujo arterial presente (falsos negativos).

Conclusiones. El diagnóstico de torsión testicular es clínico y debe ser rápido.

Si existieran dudas diagnósticas y en base a nuestra experiencia, el uso de la ecografía de alta resolución ha demostrado una eficacia del 100%, constituyéndose como la técnica de imagen complementaria de elección por encima del eco-doppler convencional (el cual puede presentar falsos negativos), siendo el signo del remolino, un hallazgo ecográfico específico de torsión testicular intravaginal.

- **P.133 Los árboles no nos dejan ver el bosque.** Delgado Cotán L, Martínez Criado Y, Jiménez Crespo V, García Merino F, Millán López A, De Agustín Asensio JC. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Presentación de un caso.

Material y Métodos. Niña de 9 años intervenida en periodo neonatal de malformación linfática intraabdominal sin resección completa con diagnóstico de linfangiomatosis en seguimiento radiológico, que acude por dolor abdominal de inicio brusco en flanco derecho acompañado de vómitos y fiebre. A la exploración abdomen blando, depresible con dolor de predominio en flanco derecho con signos de irritación peritoneal y reactantes de fase aguda elevados. En ecografía/TC abdomen existe sospecha diagnóstica de quiste complicado *versus* apendicitis aguda. Se realiza laparoscopia exploradora extirpando 2 grandes quistes de contenido hemático; y no se consigue identificar útero y trompas pero sí vasos venosos espermáticos y deferente que discurren hasta teste escondido en canal inguinal izquierdo, sin identificación del contralateral impedido por los quistes. Se decide no extirpar el teste ante la ausencia de estudio genético. Posteriormente se identifica cariotipo 46 XY y síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos. En RMN se aprecia vagina incompletamente desarrollada que termina en fondo de saco y se continúa sin evidenciar teste derecho.

Resultados. Se decide no extirpar el teste izquierdo por su acción benéfica en el desarrollo puberal pero sí descender para su control por la alta incidencia de malignización. Tras la pubertad será extirpado y posteriormente se realizarán determinaciones hormonales para evaluar la existencia o ausencia del teste derecho y la conveniencia de realizar una exploración quirúrgica.

Conclusiones. Las múltiples pruebas de imagen y una exploración quirúrgica efectuadas previamente a la paciente no nos garantiza un diagnóstico correcto.

- **P.134 Manejo diagnóstico y terapéutico del megaprepucio congénito.** Solaetxe Prieto N, Galbarriatu Gutiérrez A, Blanco Bruned JL, Oliver Linares FJ, Ruiz Aja E, Medrano Méndez L. *Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.*

Objetivos. Es una malformación congénita consistente en mucosa prepucial muy redundante con piel prepucial escasa, caracterizada por una masa prepucial ventral durante la micción.

Se han analizado los resultados de los pacientes tratados en nuestro Servicio durante los últimos 10 años.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de 11 pacientes intervenidos entre 2001-2011. Las técnicas utilizadas han sido la simple resección del bolsón prepucial y la técnica de Cuckow.

Se realizó una encuesta de satisfacción a los progenitores, interrogando sobre grado de incurvación, tamaño peneano y resultado estético. Valoración paralela del equipo de Urología Pediátrica.

Resultados. La edad al tratamiento osciló entre los 5 y los 23 meses. Dos pacientes presentaron ITU previas al mismo.

Dado que no existe una técnica quirúrgica estandarizada y eficaz, a lo largo de estos años se han utilizado dos técnicas diferentes, con resultados desiguales. En los dos últimos casos, con la modificación del procedimiento utilizado, se obtuvieron mejores resultados. 9 pacientes respondieron a la encuesta: ningún caso de incurvación peneana residual; tamaño peneano menor que la media en siete de ellos. Defectos estéticos residuales en cinco casos (un faldón prepucial y persistencia de enterramiento peneano en cuatro), que precisarán cirugía.

Conclusiones. Es una patología rara, de diagnóstico clínico, siendo importante mantener un alto grado de sospecha. Su tratamiento no puede reducirse a una simple circuncisión, ya que debe corregirse tanto el megaprepucio como el factor de enterramiento peneano.

Los buenos resultados en los últimos casos nos llevan a creer en el nuevo procedimiento (técnica de Cuckow) como una alternativa terapéutica válida.

- **P.135 Obstrucción uretral y ureteral por divertículos vesicales primarios.** Fernández Córdoba MS, Hernández Anselmi E, González Piñera J, Marijuán Sahuquillo V, Argumosa Salazar Y, Hoyos Vázquez MPS, Vidal Company A. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. Los divertículos vesicales primarios verdaderos, no relacionados con reflujo vésico-ureteral, obstrucción infravesical, vejiga neurogénica o alteraciones del tejido conectivo, son raros en niños. Suelen ocurrir en varones y se manifiestan habitualmente con infecciones urinarias de repetición. La presentación en forma de retención urinaria es infrecuente, y la asociación a hidronefrosis excepcional.

Material y Métodos. Presentamos el caso de un niño con dos grandes divertículos posterolaterales izquierdos que ocasionaban hidronefrosis ipsilateral y problemas miccionales.

Resultados. Varón de 4 años que consulta por chorro miccional débil, disuria y polaquiuria detectados desde la retirada del pañal. En ecografía renal se aprecia ectasia urétero-piello-calicial izquierda y dos imágenes diverticulares adyacentes a la vejiga. La cistou-

retrografía miccional muestra dos divertículos vesicales gigantes, sin reflujo asociado. Se practicó cistoscopia hallando los meatos ureterales normosituados y las aperturas a ambos divertículos en la pared posterolateral izquierda de la vejiga. Se realizó exéresis con abordaje combinado intra y extravesical por importante fibrosis peridiverticular, sin reimplantación ureteral. El postoperatorio cursó sin problemas, desapareciendo la sintomatología miccional y reduciéndose de forma progresiva la ectasia urétero-piélica.

Conclusiones. Tanto la hidronefrosis como la dificultad en la micción pueden ser debidos a compresión o inflamación-fibrosis peridiverticular. A esto hay que añadir el efecto sumatorio de ser dos los divertículos. Esta malformación puede dar síntomas de obstrucción urinaria baja similar a las valvas de uretra posterior, por lo que una cistouretrografía cuidadosa con placas miccionales debe ser realizada para descartarlas. Al no haber reflujo asociado se puede obviar en el tratamiento el reimplante ureteral.

- **P.136 Papiloma urotelial vesical invertido en niños: presentación de un caso y revisión de la literatura.** Martínez Criado Y, Fernández Hurtado M, Barrero Candau R, García Merino F. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El papiloma urotelial vesical invertido (PUVI) en pacientes pediátricos es una tumoración excepcional. El retraso diagnóstico suele ser debido al bajo índice de sospecha, como el caso que presentamos a continuación.

Material y Métodos. Niña de 13 años, remitida a urología tras un año de hematuria y sintomatología miccional, objetivándose en la ecografía la presencia de un pólipo vesical de 2 cm.

Resultados. En la cistoscopia se visualizó una tumoración excrecente, muy próxima al meato ureteral. Se realizó pñannenstiel para exéresis con márgenes de seguridad. El estudio anatomopatológico de la pieza, concluyó que se trataba de un papiloma urotelial vesical de bajo grado.

A los 6 meses la paciente se encontraba asintomática sin anomalías en la ecografía vesical.

Conclusiones. Los PUVI en pacientes pediátricos suelen ser de bajo grado y con un pronóstico más favorable que en adultos.

Ante su hallazgo incidental se debe de plantear un diagnóstico diferencial con el rhabdomyosarcoma vesical y otras lesiones benignas (pólipo fibroepitelial, adenoma papilar nefrogénico, pólipo cístico).

Tras su resección con márgenes de seguridad se debe realizar un seguimiento, ya que a pesar de considerarse de grado I, pueden progresar (1,1%), recidivar (3,2%) e incluso causar la muerte (1,1%).

- **P.137 Plastia V-ventral modificada: novedad quirúrgica para el tratamiento del megaprepucio congénito.** Tardáguila Calvo AR, Parente Hernández A, Angulo Madero JM, Romero Ruiz RM, Rivas Villa S, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. El megaprepucio congénito es una malformación en la que el prepucio presenta una mucosa muy redundante, con una piel engrosada y deficiente que se cierra sobre un pene de tamaño

normal. El megaprepucio congénito puede condicionar un pene enterrado secundario por ausencia de la fijación de la piel del pene en los ángulos púbico y escrotal. La unión de todos estos factores anatómicos dificulta enormemente su corrección quirúrgica.

Material y Métodos. Describimos una nueva y sencilla técnica basada en la combinación de dos técnicas previamente descritas para la corrección del megaprepucio: colgajo en V ventral de la mucosa prepucial para evitar el defecto de piel y reconstrucción de los ángulos penopúbico y escrotal para resolución del pene enterrado.

Resultados. Hemos realizado esta corrección en 4 pacientes, con una media de edad de 13 meses. Dos de los ellos habían sufrido infecciones de orina y los otros balanitis de repetición. El tiempo medio de seguimiento es de 15,6 meses, presentando todos los pacientes un aspecto estético indistinguible de un pene circuncidado y manteniendo correctamente los ángulos penopúbico y penoescrotal.

Conclusiones. La asociación de dos sencillas técnicas quirúrgicas, consistentes en la reconstrucción del prepucio mediante una v-plastia ventral a la vez que la fijación de los ángulos del pene para evitar su enterramiento, permite una corrección integral del megaprepucio congénito. Así, logramos tanto un aspecto genital adecuado como una apariencia de pene alargado.

- **P.138 Pliegues ureterales congénitos bilaterales como causa de obstrucción pieloureteral. Actitud conservadora.** Hernández Bermejo JP, Vargas Uribe C, Ruiz Pruneda R, Rial Asorey EM. *Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.*

Objetivos. Los pliegues ureterales congénitos están presentes alrededor del 5% recién nacidos y gradualmente desaparecen con el crecimiento. Anatómica son totalmente diferentes de las válvulas ureterales, repliegues de mucosa redundante con musculo liso y que provocan obstrucción ureteral. Es importante su diferenciación ya que exigen actitudes totalmente diferentes.

Material y Métodos. Caso clínico: Lactante de 5 meses diagnosticado de hidronefrosis bilateral prenatal. Ecografía postnatal: dilatación piélica bilateral grado III (diámetro pelvis 13 mm). CUMS normal. MAG-3: curvas obstructivas bilaterales. UIV: dilatación de pelvis renales y presencia de pliegues ureterales transversales incompletos a nivel de ambas uniones pelicas. Se mantiene una actitud conservadora.

Resultados. A los 9 meses de vida, la Ecografía muestra una mejoría sensible de la dilatación de ambas pelvis renales (7 mm vs 13 mm inicial) así como del patrón obstructivo en el estudio gammagráfico. Clínicamente asintomático.

Conclusiones. Los pliegues ureterales congénitos son variantes de la normalidad que pueden producir dilatación transitoria de la vía urinaria, ante los que hay que mantener una actitud conservadora. Queremos destacar la importancia de realizar una UIV en las obstrucciones de la unión pieloureteral para conocer la anatomía exacta de la lesión, evitándonos tratamientos no adecuados.

- **P.139 Poliorquidismo en la edad pediátrica: revisión a propósito de un caso.** García-Núñez B, San Vicente B, Rigol S, Sánchez B, Brun N, Obiols P, Mesa JC, Bardají C. *Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. El poliorquidismo o duplicidad testicular, se define como la presencia de dos o más testículos a nivel intra o extraescrotal, con confirmación

Material y Métodos. Presentamos un paciente varón de 11 años que consulta en urgencias por dolor en hemiescrotal izquierdo de días de evolución, sin otra clínica acompañante.

Resultados. En la exploración, se palpa una masa extratesticular en hemiescrotal izquierdo, que el eco-doppler informa como duplicidad testicular con correcta vascularización. Se deja en observación por cese del dolor, y se decide alta y seguimiento en consultas externas. El diagnóstico se reafirma posteriormente en una RMN.

En los controles, al persistir molestias ocasionales, se decide su extirpación quirúrgica. En dicha intervención, se objetiva una duplicidad testicular izquierda completa con deferente y vasos propios, que la histología confirma como tal.

Posteriormente, el paciente permanece asintomático.

Conclusiones. El poliorquidismo es una entidad muy rara, casi siempre asintomática, que requiere de una alto índice de sospecha frente a otros diagnósticos de masa extratesticular.

Puede ser unilateral (más frecuente en el lado izquierdo) o bilateral, y puede variar desde duplicaciones parciales, siendo ésta la situación más frecuente, a duplicaciones completas con testes y epididimos totalmente independientes entre sí.

Suele ser frecuente su asociación a otras anomalías genitourinarias, siendo la criptorquidia la más frecuente, existiendo casos descritos de degeneración maligna cuando están malposicionados.

El tratamiento clásico ha sido la exéresis.

La tendencia terapéutica actual, es su manejo conservador y vigilancia, siempre que no exista dolor y/o sospecha de torsión, dudas en el diagnóstico, existencia de criptorquidia o, excepcionalmente, un tumor.

- **P.141 Reparación de epispadias femenino mediante la movilización radical de tejidos blandos.** Martínez Criado Y, Fernández Hurtado M, Barrero Candau R, García Merino F. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El epispadias femenino es una malformación congénita con baja incidencia (1/480.000). La anomalía de genitales externos y la incontinencia son las principales manifestaciones clínicas. Nuestro objetivo es presentar la reparación quirúrgica utilizando la movilización radical de tejidos blandos (MRTB), técnica de Kelly, para favorecer la continencia urinaria.

Material y Métodos. Se intervinieron en nuestro centro 2 niñas con epispadias llevando a cabo una MRTB (músculos del suelo y anillo pélvico) a través de una incisión suprapúbica con separación de ambas sínfisis pubianas. Se realizó plastia para alargamiento uretral, la cual se abrigó y situó posterior en la pelvis cubriéndola con la musculatura movilizada. Se completó con la clitoroplastia.

Resultados. Permanecieron ingresadas 10 días, con inmovilización de extremidades inferiores, drenaje urinario por sondaje suprapúbico y antibioterapia. Al alta realizaron micción voluntaria, permaneciendo continentes. Una paciente precisó de anticolinérgicos por espasmos vesicales dolorosos.

El seguimiento ecográfico mostró ausencia de dilatación de

vía urinaria superior y aumento significativo de la capacidad vesical tras 6 meses. Ambas pacientes mantienen la continencia a los 6 y 7 meses de la intervención.

Conclusiones. La MRTB puede contribuir a la continencia urinaria en la reparación del epispadias femenino. El abrigo de la neouretra con la musculatura del suelo pélvico, y la aproximación ambas sínfisis pubianas, permite alcanzar mecanismo de continencia eficaz.

Los anticolinérgicos pueden ser necesarios hasta lograr un aumento de la capacidad vesical. El seguimiento ecográfico es fundamental para controlar la ausencia de dilatación en el tracto urinario superior.

- **P.142 Reparación quirúrgica de complicaciones graves tras circuncisión.** Cortés Sáez J, López Blanco E, Fonseca Martín R, Sanchís Blanco G, Marijuán Sahuquillo V, García Ibarra F. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. Presentar dos casos complicados tras circuncisión ritual y la técnica utilizada para su reparación.

Material y Métodos. Paciente 1: 3 años de edad, circuncidado dos días antes, con necrosis del glande, cuerpos cavernosos, bulbo esponjoso, hemiescrotal superior y pérdida de la uretra peneana. Se realiza limpieza y desbridamiento, amputación de cuerpos cavernosos y esponjoso hasta tercio proximal. Uretrostomía en surco penoescrotal. Posteriormente colgajo pediculado de arteria pudenda externa cubriendo el resto de cuerpos cavernosos. Presentó dehiscencia parcial de la sutura del colgajo precisando desbridamiento y estenosis uretral que requirió meatotomía.

Paciente 2: 11 meses de edad, circuncidado 4 días antes, con necrosis total de la piel peneana sin lesión de cuerpos cavernosos ni uretra. Se realizó desbridamiento, curas locales. Tras 12 días injerto de piel parcial autólogo.

Resultados. La evolución en ambos ha sido favorable.

El paciente 1 está pendiente de tubulización del colgajo con injerto de piel para formar la neouretra. Probablemente requerirá nuevas intervenciones.

El paciente 2 presenta secuela estética consistente en tejido excrecente en la cara ventral del pene. No presenta secuelas funcionales.

Conclusiones. La circuncisión es una técnica quirúrgica considerada sencilla que puede cursar con complicaciones graves. Los padres han de asesorarse bien antes de acudir a cualquier centro para realizarla.

Existen posibilidades de reconstrucción que pueden ayudar a obtener resultados estéticos y funcionales aceptables.

Dada la edad de los pacientes, en los casos severos requerirán reconstrucción posterior cuando el pene deba alcanzar el tamaño adulto.

- **P.143 Resultados a largo plazo del tratamiento del varicocele mediante embolización percutánea.** Ortega M, Gutiérrez JM, Ardela E, Cano C, Lorenzo G, Martín Pinto F. *Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Presentar nuestra experiencia clínica con el seguimiento a largo plazo de pacientes diagnosticados de varicocele que

recibieron tratamiento mediante un procedimiento mínimamente invasivo, la embolización retrógrada percutánea.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes que precisaron embolización percutánea con el diagnóstico de varicocele en el período comprendido entre el año 1990 y 2000. El procedimiento se realizó de forma ambulatoria, mediante anestesia local. El período mínimo de seguimiento fue de 1 año (rango 1-10 años; mediana = 2).

Resultados. Cuarenta y ocho pacientes precisaron embolización retrógrada de la vena espermatocava interna. Su edad media fue de 12 años (rango 10-15 años). Las indicaciones fueron la presencia de varicocele de grado III en 34 (70%), asimetría del tamaño testicular en 12 niños (25%), y la presencia de clínica en 2 pacientes (4%). Se indicó como procedimiento de elección y fue técnicamente posible en 42 (87,5%). De estos, el varicocele se resolvió en 28 (66%) y en 14 se presentó recidiva (33%). No hubo casos de atrofia testicular y 2 niños (4%) desarrollaron hidrocele tras el procedimiento. El estudio ecográfico demostró recuperación de la asimetría testicular en ocho pacientes. No se presentaron complicaciones durante la técnica.

Conclusiones. La embolización retrógrada percutánea, en nuestro medio, es un procedimiento mínimamente invasivo, seguro, bien tolerado y fiable, y una alternativa válida a los diferentes tratamientos quirúrgicos del varicocele.

- **P.144 Rotura traumática de uretra posterior en edad pediátrica. A propósito de un caso.** Riñón C, Arteaga R, Rodríguez Alarcón J, Rodríguez Alarcón J, Souto H, Ollero JM. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. El tratamiento de las estenosis y roturas uretrales sigue siendo controvertido debido a la elevada incidencia de recidiva de la obstrucción, incluso en las manos más expertas. La rotura completa de la uretra posterior no es frecuente en edad pediátrica, siendo de adultos casi todos los casos publicados.

Material y Métodos. Presentamos un niño de 10 años con rotura traumática de uretra posterior a consecuencia de una fractura de pelvis producida al caerse de un tractor.

Resultados. El niño acude a la consulta 4 meses después del accidente. Presentaba talla vesical. La cistografía, uretrografía y RMN realizadas evidenciaban una rotura de la uretra bulbar de unos 6 cm. Se realizó anastomosis término-terminal por vía perineal, sin pubectomía en posición de litotomía. Se mantiene la sonda vesical durante 1 mes. Tras la retirada presentó disminución progresiva del flujo de orina cada 3 semanas, requiriendo 3 dilataciones uretrales coaxiales con balón. La flujometría posterior demuestra flujo de orina adecuado, que se mantiene tras un año de seguimiento. El niño mantiene las erecciones y la continencia es normal. La etiología de las estenosis uretrales es variada: infecciosa, iatrogénica, o traumática, siendo ésta última la más frecuente. La técnica elegida para reconstruir la uretra posterior depende de la longitud del defecto: anastomosis término-terminal o injerto de prepucio o mucosa oral en los más largos, pudiendo precisarse pubectomía.

Conclusiones. La reconstrucción de las roturas traumáticas de uretra posterior pueden ser tratadas con éxito con anastomosis término-terminal incluso en pacientes con defectos largos.

- **P.145 Tratamiento del varicocele (embolización vs laparoscopia) y manejo de las recurrencias.** González Herrero M, Cabezalí Barbancho D, López Vázquez F, Gallego Herrero MC, Gómez Fraile A, Aransay Bramtot A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados obtenidos tras la intervención de varicocele en nuestro centro, poniendo especial interés en el manejo de las recidivas.

Material y Métodos. Hemos realizado un estudio retrospectivo de los varicoceles intervenidos por embolización retrógrada (94) y vía laparoscópica (29) en nuestro centro. Los datos analizados son clínica, grado de varicocele ecográfico, asimetría testicular pre y post intervención, complicaciones y recidiva.

Resultados. Se identificó recurrencia del varicocele en 45,2% de los pacientes del grupo Embolización (n=38) y en un 18,5% en los pacientes intervenidos por Laparoscopia (n=5) (p<0.05). De entre los 38 casos recidivados del grupo Embolización, en 10 (26,3%) se efectuó nueva embolización, 15 pacientes (39,4%) fueron intervenidos vía laparoscópica y en 13 de los casos (34,2%) se decidió observación mejorando clínica y ecográficamente al año. Respecto al grupo Laparoscopia, se observaron 5 recurrencias de varicoceles, en 1 paciente (20%) se realizó embolización, mientras que en el resto (80%, n=4), se decidió manejo conservador mejorando al año de la intervención. El grupo Embolización presentó una reacción alérgica al anestésico local (1%), y en el grupo Laparoscopia se observaron 4 casos de hidrocele (13,8%).

Conclusiones. La embolización retrógrada puede ser una primera opción terapéutica debido a la baja morbilidad y baja tasa de complicaciones, dejando la laparoscopia como segunda opción por el menor índice de recidivas. Hay que ser cauto a la hora de reintervenir a los pacientes ya que muchos de los casos que recidivan pueden involucionar con el tiempo.

- **P.146 Tratamiento endourológico del resto ureteral refluyente postnecrotomía.** Tardáguila Calvo AR, Angulo Madero JM, Parente Hernández A, Romero Ruiz RM, Rivas Vila S, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Denominamos síndrome del muñón ureteral al cuadro clínico-infeccioso causado por el resto ureteral refluyente postnecrotomía. Su incidencia está en torno al 5%, y su tratamiento quirúrgico supone un alto riesgo de lesión de estructuras vecinas, de la propia vejiga y del aparato esfinteriano. El objetivo del trabajo es describir una técnica mínimamente invasiva para su tratamiento, independiente de la localización del meato del resto ureteral.

Material y Métodos. Bajo control cistoscópico introducimos un electrodo de 5 Fr en el muñón ureteral, fulguramos con elevada intensidad (20v) las paredes, posteriormente cerramos el meato ureteral inyectando 5 cc de copolímero periureteral (Sting) y colocamos sonda vesical.

Resultados. Hemos realizado este procedimiento en 7 pacientes, 5 niños y 2 niñas. La patología de base (causa de necrotomía) fue reflujo (4), ureterocele (2, uno asociado a displasia multiquística ipsilateral) y cloaca (1). La edad media en la intervención fue de

4,7 años. 5 meatos eran ectópicos y 2 ortotópicos. El tiempo quirúrgico medio fue de 29,16 minutos y no se registró ninguna complicación. Se logró la desaparición de la sintomatología (media de seguimiento: 5,6 años) en 5 pacientes. En 2 fue necesaria la exéresis quirúrgica del muñón (cloaca y ureteroceles) por infecciones urinarias persistentes.

Conclusiones. El tratamiento endourológico del síndrome del muñón ureteral supone una opción simple, segura, rápida y eficaz, tanto para restos ortotópicos como ectópicos. No compromete, si fuera necesaria, la posterior resección abierta del resto, por lo que creemos que debe considerarse como tratamiento de elección en esta patología.

- **P.147 Tratamiento y evolución del megaureter primario no refluente (MPNR) con renograma obstructivo.** Moreno Zegarra C, Cabezalí Barbancho D, Fuentes Carretero S, Morante Valverde R, López Vázquez F, Aransay Bramtot A, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. El diagnóstico de obstrucción en el MPNR constituye un reto que condiciona su tratamiento y evolución posterior. Objetivos. Mostrar el tratamiento y evolución de los MPNR diagnosticados de obstrucción en MAG-3.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 43 niños diagnosticados de MPNR entre 2000 a 2011. El diagnóstico se efectuó mediante ECO y MAG-3 diurético. 87% fueron varones, predominando.

Resultados. En 74% se decidió intervención quirúrgica y en 26% una actitud conservadora.

En el grupo conservador, 82% presentaron diagnóstico prenatal, predominando el lado izquierdo (54,5%). 6 pacientes recibieron previamente tratamiento paliativo, 3 doble J y 3 nefrostomía, modificándose el MAG-3.

En el grupo quirúrgico, 59% fueron diagnosticados prenatalmente, predominando el lado izquierdo (78%). 9 recibieron tratamiento paliativo, 4 doble J y 5 nefrostomías. Todos fueron intervenidos mediante reimplantación ureteral según técnica de Cohen, con remodelaje ureteral en 6 (19%). La edad media de la cirugía fue 15 meses (2-36 meses). 12 casos presentaron reflujo v-u postoperatorio, precisando tratamiento 3, y 1 anulación funcional con nefrectomía. No hubo obstrucciones.

Todos fueron controlados por ECO y MAG-3 a los 3, 6 meses y 1 año después del primer control o de la intervención. Tiempo medio de evolución 28 meses.

Conclusiones. La presencia de obstrucción en el renograma, sobre todo en los primeros meses de la vida, no presupone un tratamiento quirúrgico, ya que la indicación se debe hacer en la evolución y en algunas situaciones puede requerirse tratamiento paliativo previo. La reimplantación con remodelaje o no, permite en una mayoría su solución.

- **P.148 Ureteroceles simple bilateral de diagnóstico prenatal.** Tirado Pascual M, Recober Montilla A, Mielles Cerchar M, García Mérida M. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Objetivos. El ureterocel es la dilatación quística del uréter terminal. Habitualmente ocurre en sistemas dobles, es raro en sistemas simples y su presentación bilateral es excepcional. Presentamos un caso clínico de diagnóstico prenatal de ureterocel bilateral en sistemas simples tratado endoscópicamente con resultado satisfactorio.

Material y Métodos. Recién nacido varón de 5 días de vida con diagnóstico prenatal de hidronefrosis bilateral, ureterocel derecho y aneurisma del tabique interauricular en la 28ª semana de gestación. Es remitido de su hospital de referencia por presentar unas cifras elevadas de urea y creatinina (50 y 0,9 mg/dl). En la ecografía, existe una dilatación pielocalicial bilateral grado 3-4 con parénquima de ecoestructura normal; no se observan signos de duplicidad pieloureteral y los uréteres distales miden 16 mm de diámetro. En vejiga, existen ureterocelos bilaterales de tamaño moderado. En el CUMS, se aprecian dos defectos de repleción vesical compatibles con ureterocel bilateral; no hay reflujo vesicoureteral. Se ingresa para valorar diuresis y evolución analítica de la función renal, mostrando mejoría, por lo que es dado de alta con profilaxis antibiótica. Al mes de vida, se realiza UIV que confirma el diagnóstico de ureterocel bilateral en sistemas simples. Se realiza punción endoscópica de los mismos.

Resultados. Un año y medio después de la punción, el paciente está asintomático y las ecografías muestran prácticamente resolución de la dilatación ureteropielocalicial con los ureterocelos colapsados.

Conclusiones. El diagnóstico de ureterocel simple es cada vez más frecuente gracias al diagnóstico prenatal. El tratamiento endoscópico del mismo es seguro y efectivo.

- **P.149 Uretroplastia de Snodgrass sin uretroplastia en el hipospadias distal. Una técnica de avance.** Zambudio Carmona GA, Guirao Piñera MJ, Cabrejos Perotti K, Reyes PY, Fernández Ibieta M, Martínez Castaño I, Ruiz Jiménez JI. *Servicio de Cirugía Pediátrica. H.U. Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. Hoy en día la técnica más popular para el tratamiento de los hipospadias distales es la tubularización de la placa uretral incidida previamente en su línea media. Sin embargo, en muchas ocasiones la uretra es elástica y puede ser avanzada sin la necesidad de realizar una sutura estándar medial de uretroplastia. El glande puede después suturarse por delante de la uretra avanzada.

Con el objetivo de conocer el resultado y evolución de nuestros pacientes tratados mediante Avance de Meato realizamos el siguiente estudio.

Material y Métodos. Se revisan las fichas de nuestros pacientes intervenidos por hipospadias y seguidos de forma prospectiva desde el año 2000

Resultados. Fueron intervenidos mediante avance uretral 95 casos. La edad media de los pacientes fue 3,5 años. Los hipospadias fueron glandulares en 66 casos y coronales en 29 casos. Se corrigió algún grado de curvatura en 35 casos y se asoció colgajo de Belman en 16. Se colocó un stent uretral en 66 casos y sonda vesical en 29. Ocurrió dehiscencia parcial o total del glande en 5 casos (5%). No hubo casos de estenosis, fístulas u otras complicaciones.

Conclusiones. Cuando la uretra sea lo suficientemente elástica y alcance sin tensión el extremo distal del glande puede ser avanzada sin necesidad de realizar uretroplastia convencional sin influir negativamente en los resultados.

- **P.151 Válvulas de uretra posterior: factores pronósticos según la actuación quirúrgica.** Martínez Criado Y, Vivas Colmenares G, Soares Medina A, Fernández Hurtado M, Barrero Candau R, Carcía Merino F. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Identificar factores pronósticos asociados a insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en niños con válvulas de uretra posterior (VUP), tratados con resección endoscópica (RE) aislada o añadiendo derivación temporal.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo de cohortes históricas de pacientes intervenidos de VUP. Variables analizadas: edad, diagnóstico, creatinina (pre y postquirúrgica), daño renal ecográfico, reflujo vesicoureteral y disfunción vesical.

Según la cirugía se dividen en: grupo 1. RE y grupo 2. RE y derivación.

Aplicación de test no paramétricos usando el paquete estadístico SSPS 18.0.

Resultados. De 1993 a 2011 se han intervenido 57 pacientes (39 con RE y 18 precisaron derivación).

El grupo 2, presentaba mayores niveles de creatinina prequirúrgicos (1,9 *versus* 0,69, $p=0,001$) y más daño renal (94,4% *versus* 35,9%, $p=0,001$). Con la derivación se consiguió mayor reducción de la creatinina, desarrollando IRCT el 61,1% *versus* al 17,9% del grupo 1 ($p=0,001$) a una edad media de 7 años (1,9-10,3).

La reducción de la compliance vesical se halló en el 91,7% del grupo 2, y en el 100% de los pacientes con IRC y trasplantados.

Conclusiones. Los valores de creatinina prequirúrgicos y el daño renal son los factores de más riesgo de IRCT en niños con VUP.

La derivación urinaria disminuye la cifra de creatinina, mejora la dilatación y retrasa la edad de IRCT.

La compliance vesical disminuida es más frecuente en pacientes con derivación temporal, siendo constante en pacientes con IRCT y trasplantados.

- **P.152 Válvulas en fosa navicular. Causa infrecuente de obstrucción uretral.** Fernández Córdoba MS, González Piñera J, Hoyos Vázquez MPS, Hernández Anselmi E, Marijuán Sahuquillo V, Argumosa Salazar Y, Vidal Company A. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivos. Las válvulas de uretra anterior en fosa navicular son excepcionales y pueden causar importante afectación de la vía urinaria.

Material y Métodos. Presentamos un caso de debut tardío con insuficiencia renal en un preescolar.

Resultados. Varón de 3,5 años con chorro miccional fino e incontinencia urinaria objetivados tras la retirada del pañal 6 meses antes. Ecografía renal: ureterohidronefrosis bilateral con adelgazamiento cortical y vejiga multidiverticular. Destacaron urea de 56 m/dl y creatinina de 0,8 mg/dl, con filtrado glomerular de 67 ml/min/1,73 m². La inspección minuciosa del meato reveló severa meatoestenosis que impedía el sondaje, por lo que se realizó meatotomía dorsal y dilatación progresiva hasta conseguir el paso de una sonda de 8 ChFr que se dejó durante 15 días. A las 24 horas habían descendido los niveles de creatinina y aumentado el filtrado glomerular. Tras la retirada de la sonda, no mejoró el chorro miccional y se constató empeoramiento de la función renal, por lo que se realizó cistoscopia con el hallazgo de válvula uretral distal que se seccionó. La evolución posterior fue favorable, con mejoría progresiva de la función renal aunque persistía disfunción vesical objetivada en estudio urodinámico que precisó tratamiento médico.

Conclusiones. Las válvulas en fosa navicular, por su rareza suelen confundirse con estenosis meatales. La corrección quirúrgica puede ser sencilla si se sospechan, con escisión transmeatal o resección endoscópica, pero si el diagnóstico se demora, será más complejo el manejo al haberse instaurado un daño renal y una posible disfunción vesical que habrá que tratar.