

Comunicaciones Orales, Vídeos y Posters presentados

CIRUGÍA GENERAL

Jueves, 24 de mayo de 2018, 08:45-09:45 h

*Moderadores: Dra. Fátima Martín Cano (Jaén),
Dra. Reyes Delgado Alvira (Zaragoza)*

- **Torsión de ovario en niñas: resultados a medio-largo plazo tras un manejo conservador.** Giménez-Aleixandre MC, Ruiz-Pruneda R, Aranda García MJ, Girón-Vallejo Ó, Zambudio-Carmona GA, Fernández-Ibieta M, Méndez-Aguirre NA, Guirao-Piñera MJ, Sánchez-Morote JM, Villamil V, Sánchez-Sánchez Á, Montoya-Rangel CA, Hernández-Bermejo JP. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. Revisión de los resultados obtenidos a medio-largo plazo tras la detorsión ovárica y manejo conservador.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticadas de torsión de ovario entre 2000 y 2017 en nuestro centro. Análisis de evolución a medio plazo con control ecográfico.

Resultados. Se realizaron un total de 31 intervenciones en 26 pacientes. El motivo de consulta en urgencias fue dolor abdominal, 18% presentaron fiebre y 57,6% vómitos. Se confirmó la torsión de ovario en 26 de las intervenciones (83%), con una concordancia entre el diagnóstico ecográfico y quirúrgico de $k = 0,28$ [IC95% 0-0,5]. La ecografía obtuvo un 32,3% de falsos negativos para torsión de ovario ($n = 10$). Se realizaron 12 ooforectomías (46,15%) y 14 detorsiones (53,84%). En controles ecográficos realizados tras una mediana de 1,6 años (8 meses-3 años) se objetivó una diferencia de volumen media del 27,73% [1,6-55,17%], siendo el ovario detorsionado de menor tamaño en 87,5% de los casos. Dos pacientes precisaron reintervención tras la detorsión por persistencia de alteración radiológica, con diagnóstico posterior de tumor ovárico (14,2%), un teratoma maduro y un cistadenoma seroso. Uno de los ovarios extirpados se diagnosticó de disgerminoma. Los marcadores tumorales fueron negativos en todas las pacientes con diagnóstico ecográfico de masa ovárica.

Conclusiones. En nuestro estudio, la concordancia entre el diagnóstico ecográfico y quirúrgico ante una sospecha de torsión de ovario fue menor de la esperada. El tratamiento conservador en esta patología ha demostrado tener resultados satisfactorios a largo plazo, aunque según nuestros resultados, el volumen del ovario detorsionado pueda verse afectado.

(Oral 5 minutos)

- **Valor del índice de corrección en la indicación quirúrgica del pectus excavatum: correlación con el gold-standard.** Mínguez Gómez MA, Fonseca Martín R, Gutiérrez Sanromán C, Barrios Fontoba JE, Ortolá Fortes P, Rodríguez Iglesias P, Rodríguez Caraballo L, Miró Rubio I, Crehuet Gramatyka D, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. El Índice de Haller (IH) se utiliza ampliamente para indicar la intervención quirúrgica en pacientes con Pectus Excavatum (PE). Sin embargo, en pacientes con una morfología torácica atípica puede estimarse erróneamente la severidad del defecto. Planteamos comparar este índice con el Índice de Corrección (IC).

Métodos. Analizamos datos clínicos y TC torácicos de 50 pacientes que consultan por PE en nuestro centro en los últimos 7 años. Para cada paciente, se recalcula el Índice de Haller (IH), el Índice de Corrección (IC) y el Índice Torácico Ideal (ITI). El ITI permite formar dos grupos en base a la morfología torácica excluyendo el componente del PE, separando aquellos con tórax demasiado anchos o estrechos, de los pacientes estándar. Se genera un grupo estándar (36 pacientes) y un grupo no-estándar (14 pacientes), entre los que se correlacionan el IH y el IC.

Resultados. El IH y el IC medio de todos los pacientes fue de 3,99 y 27%, respectivamente. Se intervinieron 31 de los 50 pacientes (62%), 8 de ellos con un IH inferior a 3,25. Al comparar ambos grupos, existe una correlación alta entre IH e IC en el grupo estándar (r de Spearman 0,789; $p < 0,01$) y una correlación muy alta en el grupo no-estándar (r de Spearman 0,858; $p < 0,01$).

Conclusiones. En nuestra cohorte, no se ha podido probar que la correlación del IH y el IC sea diferente entre ambos grupos de pacientes. El IC no ha demostrado tener mayor validez que el IH en la indicación quirúrgica de pacientes con PE.
(Oral 5 minutos)

- **Esplenectomía en enfermedades hemolíticas. Influencia de la enfermedad de Gilbert en la aparición de complicaciones biliares.** Ortolá P, Carazo ME, Ibáñez V, Rodríguez L, Vila JJ. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. En pacientes con enfermedades hemolíticas (EH) se recomienda la esplenectomía entre los 6-12 años. En aquellos con enfermedad de Gilbert (EG) se ha descrito mayor riesgo de complicaciones biliares (CB), sin establecerse la edad quirúrgica óptima. Pretendemos cuantificar el riesgo de CB en pacientes con EH y EG para valorar el beneficio de esplenectomía temprana.

Métodos. Estudio retrospectivo de las esplenectomías realizadas en EH entre 2000-2017. Se analizó la incidencia de CB, su repercusión clínica (ingreso o tratamiento invasivo) y el momento de aparición. Se consideraron dos grupos: pacientes con EG y sin EG. Se obtuvieron curvas de supervivencia mediante Kaplan-Meier y se compararon con log-rank.

Resultados. Se esplenectomizaron 44 pacientes, 15 de ellos (34,1%) con EG. La edad mediana en la cirugía fue 10,3 años (IQR 8-12,8). 29 casos (65,9%) presentaron CB. El 50% de los pacientes con EG las presentaron antes de los 8 años (mediana de supervivencia) vs. 16 años en los casos sin EG (log-rank 3,9; $p = 0,05$). Los pacientes con EG presentaron más CB (86,7% vs. 50%; $X^2 = 5,51$, $p = 0,019$). En 8 CB de cada grupo (53% con EG y 31% sin EG) se necesitó ingreso ($X^2 = 2$, $p = 0,1$); en 2 CB de cada grupo (13% con EG y 7,6% sin EG) se requirió tratamiento invasivo ($X^2 = 0,3$, $p = 0,6$).

Conclusiones. En nuestra serie, los pacientes con EG presentan más CB. Existe una tendencia a la presentación más temprana de CB en este grupo, pero ni este dato ni su repercusión clínica nos permiten recomendar la esplenectomía temprana.

(Oral 5 minutos)

- **Factores pronósticos de la técnica de Kasai en pacientes con atresia de vías biliares.** Álvarez Barrial M, A A, Núñez Cerezo V, Nava Hurtado de Saracho FB, Serradilla J, Bueno Jiménez A, Muñoz AJ, Delgado C, Sánchez Galán A, Vilanova A, Encinas JL, Hernández Oliveros F, Gámez M, Martínez Martínez L, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Determinar factores relacionados con la progresión a trasplante hepático (TH) de pacientes con Atresia de Vías Biliares (AVB) tras intervención de Kasai.

Métodos. Estudio retrospectivo (2000-2017) de pacientes con AVB sometidos a procedimiento de Kasai en nuestro centro. Se excluyeron aquellos en los que se realizó TH primario o fueron intervenidos en otro hospital. Analizamos parámetros clínicos, analíticos y radiológicos pre-postquirúrgicos, comparando aquellos que secundariamente recibieron TH (grupo TH) con los que no (grupo no TH).

Resultados. Revisamos 96 pacientes con AVB (excluidos 22 por TH primario y 9 referidos). Realizamos portoenterostomía de Kasai a 61 pacientes (abordaje laparoscópico en 33%) a una mediana de edad de 8 semanas (0-16). Tras la portoenterostomía, un 64% requirió TH tras una mediana de 8 meses (4-166), siendo 53,1% de donante vivo. No encontramos diferencias en cuanto a prematuridad (12,2%), anomalías asociadas (21,1%) e IgG+ para Citomegalovirus (7,1%) entre ambos grupos ($p > 0,05$). Entre los parámetros analíticos y radiológicos estudiados, observamos diferencias significativas en la mejoría de los niveles de albúmina ($p < 0,05$), así como cambios en las mediciones de bilirrubina y en el índice de resistencia de la arteria hepática ($p > 0,05$), más favorables en el grupo no TH. Tras una mediana de seguimiento de 76 meses (4-211), la supervivencia global fue 95,2% en ambos grupos ($p > 0,05$).

Conclusiones. La medición seriada de albúmina podría predecir el resultado del procedimiento de Kasai. Es necesario seguir investigando otros factores que ayuden a determinar la evolución de la enfermedad tras la portoenterostomía y necesidad de TH a largo plazo.

(Oral 5 minutos)

- **Laparoscopia como herramienta diagnóstica en las hernias inguinales indirectas.** Aneiros Castro B, Cano Novillo I, García Vázquez A, Melero Guardia L, Tejedor Sánchez R, López Díaz M, Redondo Sedano J, Martín Alelu R, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es analizar la correlación diagnóstica entre los hallazgos laparoscópicos y el diagnóstico clínico preoperatorio de los pacientes con hernias inguinales indirectas con el objetivo de evaluar las ventajas diagnósticas de la cirugía mínimamente invasiva en estos pacientes.

Métodos. Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo y comparativo de los pacientes con diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal indirecta que fueron intervenidos mediante laparoscopia en un período de 16 años (2000-2015). Los criterios establecidos para indicar abordaje laparoscópico fueron: hernia inguinal indirecta bilateral, hernia inguinal indirecta unilateral asociada a hernia umbilical, recidiva de hernia inguinal indirecta y duda diagnóstica.

Resultados. Evaluamos los canales inguinales de 512 pacientes. El diagnóstico preoperatorio fue hernia inguinal indirecta derecha en 174 pacientes, izquierda en 97 y

bilateral en 241; mientras que en el postoperatorio encontramos 133 derechas, 71 izquierdas, 296 bilaterales y en 12 casos no se halló hernia. De los 753 canales inguinales patológicos, 688 (91,4%) fueron confirmados durante la laparoscopia y 65 (8,6%) fueron erróneos. Sin embargo, de los 271 canales inguinales con exploración preoperatoria normal, en 163 (60,1%) no se observó hernia mientras que en 108 (39,9%) encontramos orificio inguinal permeable. En los pacientes con correlación positiva se observó, de manera estadísticamente significativa, un mayor número de tumoraciones inguinales y de signos indirectos de hernia. Los hallazgos ecográficos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la correlación diagnóstica ($p=0,68$).

Conclusiones. El abordaje laparoscópico permite evaluar simultáneamente ambos canales inguinales, ofreciendo un diagnóstico de certeza.

(Oral 3 minutos)

- **Tumores desmoides. Un reto para el cirujano pediátrico.** de Lucio Rodríguez M, Luis Huertas A, Souto Romero H, Guillén Redondo P, Garcés Visier C, Espinoza Vega M, Espinosa Góngora R, Cortés Gómez M, Morató Robert P, Alonso Calderón JL, Ollero Fresno JC. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Estudiar las características clínicas de los pacientes con tumores desmoides, su tratamiento y evolución para establecer el manejo más adecuado.

Métodos. Revisión de las historias clínicas de pacientes diagnosticados de tumor desmoide en nuestro centro entre 2000-2017.

Resultados. Se identificaron 8 pacientes (2 varones, 6 mujeres) que presentaban 11 tumores. La mediana de edad al diagnóstico fue de 3 años (3 meses-14 años). Las lesiones se localizaron con mayor frecuencia: en extremidades (4/11), pared torácica (3/11) y región facial (2/11). En 2/8 pacientes se asociaban a síndrome de Gardner. Se indicó tratamiento quirúrgico en 8/11 tumores (sin conseguir resección completa en ningún caso), 2/11 recibieron quimioterapia y en 1/11 se asoció radioterapia al tratamiento quirúrgico. En un paciente se realizó exclusivamente observación para una de sus lesiones. Durante el periodo de seguimiento (mediana 60 meses; r: 47-156 m), se objetivó crecimiento tumoral en todos los casos, tumor metacrónico en 4/8 pacientes y fallecimiento en 1/8.

Conclusiones. 1) En nuestra experiencia, el tumor desmoide supone un reto quirúrgico por la necesidad de cirugías mutilantes que no aseguran la resección completa ni la curación. 2) Estos pacientes requieren un manejo multidisciplinar que minimice la morbilidad secundaria al crecimiento o aparición de nuevos tumores, así como a la asociada a los tratamientos aplicados.

(Oral 3 minutos)

- **Eficacia analgesica de la asociación paracetamol + metamizol versus tramadol en Cirugía Pediátrica.** Castilla Parrilla E¹, Gironés Camarasa B¹, García Dueñas C¹, Licerias Licerias E¹, Mátar Sattuf K¹, Castilla Peinado G². ¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Complejo Hospitalario de Jaén.

Objetivos. Evaluar la eficacia analgésica de la asociación paracetamol+metamizol frente a un opiáceo débil (tramadol) en Cirugía Pediátrica.

Métodos. Estudio prospectivo, randomizado y a doble ciego, se seleccionaron 60 pacientes entre 3 y 8 años, ASA I-II programados para cirugía ambulatoria (herniorrafia inguinal, umbilical, criptorquidias, hidroceles y fimosis), divididos en 2 grupos, al grupo I se administro paracetamol 15 mg/kg y metamizol 40 mg/kg intravenosos y grupo II tramadol 1 mg/kg intravenosos, previos a finalizar la intervención. La anestesia general balanceada con opiáceos similar para todos los procedimientos. Se valoró en el periodo postoperatorio la intensidad del dolor (escala de Wong Baker a 1, 2, 3 y 4 horas), la necesidad de analgesia de rescate (cl. Mórfico 0,05 mg/kg) y efectos indeseables. El análisis estadístico con el test de Chi-cuadrado y t-Student.

Resultados. La distribución por edad, sexo y ASA en los 2 grupos fueron similares. El tiempo de analgesia para el grupo I fue de 202 ± 25 minutos y para el grupo II 215 ± 17 minutos sin significación estadística. Solo 3 niños del grupo I presentaron valores superiores a 4 (escala de Wong Baker) y 5 en el grupo II sin diferencias significativas ($p=0,233$). En el grupo II presentaron vómitos 5 pacientes, ninguno en el grupo I diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). La dosis media de cloruro mórfico fue $2,3 \pm 1,5$ mg.

Conclusiones. Ambas técnicas proporcionan una analgesia adecuada en el postoperatorio de la cirugía ambulatoria. Destaca un mayor número de efectos secundarios en el grupo del tramadol frente al grupo de AINES.

(Oral 3 minutos)

- **Valor diagnóstico del dímero D, como predictor de complicaciones postquirúrgicas y estancias hospitalarias mayores a 3 días, en niños operados de apendicitis aguda. Estudio retrospectivo de 717 pacientes de 0-18 años. años 2010-2015.** Sánchez Abuín A, Molina Vázquez ME, Aguilar Cuesta R, Gómez Beltrán Ó, Alonso V. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Valores de dímero d, en analítica preoperatoria de pacientes intervenidos de apendicitis, para determinar su valor como prueba diagnóstica de complicaciones postquirúrgicas y de estancias hospitalarias mayores a 3 días

Métodos. Tesis doctoral. Estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico de 717 pacientes. Criterios de inclusión: 1) Diagnóstico de apendicitis aguda (CIE 9 mc); 2) 0-18 años; 3) Operados en periodo 2010-2015; 4) Procedimiento

realizado apendicectomía abierta o laparoscópica; 5) Procedimiento urgente. Criterios de exclusión: 1) Apendicectomía no urgente; 2) Cirugía diferida del plastrón; 3) Peritonitis secundarias. Estudio de 2 cohortes de apendicectomías abiertas y laparoscópicas. estudio de variables demográficas, estancias, variables analíticas, complicaciones postquirúrgicas, estudio de costes por GRDS. Se realiza estudio de variables analíticas como son leucocitos, neutrófilos totales, PCR, fibrinógeno y dímero D. Se realiza estudio con curvas ROC, para encontrar las variables con mejor valor diagnóstico para predecir complicaciones postquirúrgicas y estancias mayores a 3 días.

Resultados. se presentan curvas roc del fibrinógeno, dímero D, PCR, leucocitos y neutrófilos totales. destacan los resultados en curvas ROC para predicción de estancias mayores a 3 días, donde el dímero D presenta sensibilidad 84,62% y especificidad del 83,87% para punto de corte de 755 ng/ml. En curvas ROC para predicción de complicaciones postquirúrgicas el dímero D presenta sensibilidad del 75%, y especificidad del 85,71%, para punto de corte de 2580 ng/ml.

Conclusiones. 1) Los mejores predictores analíticos de estancias mayores a 3 días son el dímero D y la PCR. 2) Los mejores predictores analíticos de complicaciones son el dímero D y PCR.

(Oral 3 minutos)

- **Apendicectomía low-cost: una técnica más rápida y de menor coste para las apendicitis no complicadas.** Miró I¹, Carazo E¹, Ibáñez V¹, Godoy J², Crehuet D¹, Mínguez A¹, Vila JJ¹. ¹Hospital La Fe. Valencia. ²Clínica Las Condes, Santiago de Chile.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra variante de la apendicectomía transumbilical laparoasistida y compararla con la apendicitis laparoscópica convencional (ALC) de 3 trócares en términos de tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias y coste económico.

Métodos. La técnica aporta el acceso a cavidad abdominal a través de una incisión umbilical sin uso de trócares (introducción de una sonda de Nélaton para neumoperitoneo, y de óptica y pinza de laparoscopia, a través de una única incisión de 8 mm), procediendo posteriormente a la apendicectomía extracorpórea. Revisión retrospectiva de los pacientes con apendicitis flemonosa intervenidos en nuestro centro en el último año, comparando los resultados de la apendicectomía laparoasistida sin trócares (ALST) y de ALC.

Resultados. Se analizaron 160 pacientes. En 31 (19,4%) de ellos se practicó ALST y en los restantes 129 (80,6%) ALC. En 4 (13,3%) de los casos de ALST se introdujeron 2 trócares para adhesiolisis apendicular. El tiempo operatorio de ALST (45,9 minutos, 29,9-61,8) fue significativamente menor que el de ALC (64,8 minutos, 43,6-86,1) ($p = 0,001$). No hubo diferencias en complicaciones postoperatorias (absceso, infección de herida, oclusión intestinal) entre ambos grupos (1 evento en ALST y 6 en ALC, $p = 0,73$). Cada paciente intervenido

de ALST supuso un ahorro medio de 270,73 (213,31-328,15) euros en material quirúrgico respecto a la ALC.

Conclusiones. Para casos seleccionados de apendicitis no complicadas, la apendicitis transumbilical laparoasistida sin uso de trócares representa una opción segura respecto a la laparoscopia convencional, asociando un menor tiempo operatorio y coste económico.

(Video 3 minutos)

ONCOLOGÍA

Jueves, 24 de mayo de 2018, 12:15-13:00 h

Moderadores: Dr. Leopoldo Martínez Martínez (Madrid),
Dr. Rafael Parrado Villodres (Málaga)

- **Función renal a largo plazo en supervivientes de tumor de Wilms.** Sánchez Sánchez Á¹, Girón-Vallejo Ó¹, Ruiz-Pruneda R¹, Fernández-Ibieta M¹, Villamil V¹, Giménez-Aleixandre MC¹, Montoya-Rangel CA¹, Fuster JL², Pascual-Gazquez JF², Ortega-García JA³, Cáceres-Álvarez A³, Vicente-Calderón C⁴, Zambudio Carmona G¹, Ruiz-Jiménez JI¹, Hernández Bermejo JP¹. ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Oncología Pediátrica. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Nefrología Pediátrica. Murcia.

Objetivos. Evaluar la función renal y la morbimortalidad a largo plazo, en supervivientes de Tumor de Wilms (TW) no sindrómico.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con TW entre 1993-2017 tratados según protocolos SIOP. Evaluamos la mortalidad, filtrado glomerular (FG), prevalencia de hipertensión arterial (HTA), necesidad de diálisis y trasplante renal. Se definió enfermedad renal crónica (ERC) como $FG < 90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.

Resultados. En los 25 años analizados se trataron 39 pacientes con edad media diagnóstica de 3,6 años (0,3-11 años). La mediana de seguimiento fue 6 años (0,5-21 años). El 48% (19 pacientes) debutaron con estadio I o II. Cuatro pacientes presentaron histología de alto riesgo (10%). La mortalidad fue del 10%. En 37 pacientes (95%) se obtuvieron datos de FG. El 16% (6 pacientes) desarrolló ERC (grados I-II). Ningún paciente precisó terapia renal sustitutiva (TRS) o trasplante. La presencia de ERC tanto en enfermedad unilateral como en bilateral fue del 16%, $p > 0,05$; OR 1,04 (IC 95% 0,09-10,9). Se obtuvieron idénticos resultados (16%) comparando pacientes que recibieron radioterapia frente a aquellos que no. Los pacientes en estadio I, II y III presentaron una prevalencia de ERC del 11% vs. 40% en estadio IV ($p = 0,12$); OR 5,3 (IC 95% 0,61-45). Ningún paciente asoció HTA crónica.

Conclusiones. En el presente estudio la prevalencia de ERC en supervivientes de TW no sindrómico es baja pero no

desdeñable, aunque ninguno precisó trasplante renal o TRS. La presencia de enfermedad bilateral y la radioterapia no se asociaron al desarrollo de ERC. La enfermedad metastásica condiciona un riesgo mayor de ERC.

(Oral 5 minutos)

- **Colocación de catéteres venosos centrales implantables en niños: ¿se puede evitar la radiación?** Dore M, Triana P, Barrena S, Sánchez-Galán A, Jiménez J, Núñez-Cerezo V, Martínez-Martínez L, López-Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Tradicionalmente la colocación de catéteres venosos centrales implantables (CVCI) se realiza bajo fluoroscopia. La campaña internacional para reducir la dosis de radiación en niños ha permitido la introducción de técnicas alternativas. Nuestro propósito es determinar si la fluoroscopia intraoperatoria (FI) es necesaria para la colocación de CVCI en niños.

Métodos. Estudio prospectivo pareado de julio a diciembre 2017 de pacientes a los que se le coloca un CVCI por primera vez, bajo control ecográfico y en vena-yugular-interna derecha. La longitud estimada del catéter (LEC) se midió utilizando referencias anatómicas y ECG, mientras que la longitud ideal de catéter (LIC) mediante FI en el mismo paciente. Se analizaron datos demográficos, dosis de radiación del procedimiento, y complicaciones inmediatas del mismo. Se realizó una T-de-Student para datos apareados y un coeficiente de correlación intraclase para analizar los datos.

Resultados. Se incluyeron 30 pacientes de 7 ± 2 a de edad (17M/13H). La LEC y LIC media fue $17,5 \pm 1,8$ cm y $17,7 \pm 1,8$ cm respectivamente. La diferencia entre mediciones fue 0,28 cm (IC95%: -0,29 a 0,86; $p=0,324$). El Coeficiente de Correlación Intraclase demostró una concordancia de 0,95 (IC95%: 0,91-0,98) entre mediciones. La exposición a radiación fue 1.060 ± 78 mGym² durante $0,340 \pm 0,6$ minutos, equivalente aproximado a 6 meses de radiación natural. No se registraron complicaciones durante la colocación de los CVCI.

Conclusiones. La correlación entre la FI y la ecografía/referencias anatómicas para la colocación de CVCI es óptima. Estos resultados sugieren que la fluoroscopia y la radiación que esta conlleva puede evitarse en niños sin que esto implique un malposicionamiento del catéter.

(Oral 5 minutos)

- **Cirugía mínimamente invasiva en neuroblastoma.** Crehuet Gramatyka D, Gómez Chacón J, Cortés Saez J, Marco Macian A, Mínguez Gómez A, Miró Rubio I, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia de nuestro centro en cirugía mínimamente invasiva (CMI) en el neuroblastoma.

Métodos. Consiste en un estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes intervenidos en nuestro centro con técnica de CMI con diagnóstico de tumor neural (Neuroblastoma y ganglioneuroma) entre octubre de 2012 y diciembre de 2017. Se incluyeron pacientes sin factores de riesgo por imagen (IDRFs) y con tumor localizado en el momento de la intervención. Se excluyeron pacientes con diagnóstico distinto al de neuroblastoma/ganglioneuroma y con IDRFs.

Resultados. Se incluyen 19 casos (6 niñas y 13 niños) con una mediana de edad de 30 meses, 9 casos en estadio L1, 6 L2, 2 M y 2 MS según clasificación INRGSS. Por laparoscopia se intervinieron 14 pacientes (12 tumores suprarrenales y 2 abdominales) y 5 por toracoscopia. En 4 de 19 pacientes fue necesaria la conversión a cirugía abierta (3 por laparoscopia y 1 por toracoscopia, 2 por fibrosis y 2 por atrapamiento de estructuras vasculares). No existieron complicaciones intraoperatorias consiguiéndose la exéresis completa en todos los casos. Tres casos presentaron efectos adversos postoperatorios de grados I y II según clasificación de Clavien-Dindo. Tras una mediana de seguimiento de 27 meses, 2 pacientes presentaron progresión de su enfermedad sin recidiva local

Conclusiones. En conclusión, la CMI es una herramienta útil para la exéresis de tumores de estirpe neural localizados y sin IDRFs.

(Oral 5 minutos)

- **Tiroidectomía profiláctica en niños con carcinoma medular de tiroides hereditario. Experiencia en nuestro centro.** Garces Visier C, Espinoza Vega M, Ollero Fresno JC, De Lucio M, Guillen P, Souto H, Luis Huertas AL, Espinosa R, Rico C, Alonso Calderón JL. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Describir las complicaciones y resultados a largo plazo en pacientes con síndrome de MEN 2A en los que se realizó tiroidectomía profiláctica, en relación con las recomendaciones de la *American Thyroid Association* (ATA).

Métodos. Estudio retrospectivo de 14 pacientes con MEN 2A tiroidectomizados entre los años 2000 y 2017. Revisamos datos demográficos, clínicos, analíticos y radiológicos. Se analizaron complicaciones postquirúrgicas y seguimiento a largo plazo.

Resultados. Tratamos a 8 niños y 6 niñas con una mediana de edad de 5 años (rango 2-10). La mutación genética predominante pertenecía al codón 634 (8/14; 57,14%). En todos los pacientes se realizó tiroidectomía total sin linfadenectomía cervical. Se realizó una paratiroidectomía superior derecha por sospecha intraoperatoria de aumento de volumen en una paciente, pero la histología no reveló alteraciones. Dos pacientes presentaron hipocalcemia transitoria postquirúrgica; ningún paciente tuvo hipocalcemia permanente, ni parálisis nerviosa. La anatomía patológica confirmó microcarcinoma medular de tiroides en 5/14 pacientes, siendo todos portadores de la mutación del codón 634; dos de ellos con niveles de

calcitonina basal preoperatoria inferiores a 40 pg/ml. Tras un seguimiento medio de 5 años no se han detectado recidivas, ni metástasis. Una paciente con mutación del codón 634 desarrolló un feocromocitoma unilateral a los 25 años. Ningún paciente ha presentado hiperparatiroidismo.

Conclusiones. La tiroidectomía profiláctica sin linfadenectomía cervical a los 5 años, independientemente de los niveles de calcitonina basal, constituye un tratamiento preventivo eficaz en pacientes con mutación del codón 634 y seguro cuando se realiza en centros terciarios con cirujanos expertos.

(Oral 3 minutos)

- **Reconstrucción de pared torácica tras radioterapia intraoperatoria (RIO): experiencia en nuestro centro.** Ordóñez Pereira J, del Cañizo López A, García-Casillas Sánchez MA, Fernández Bautista B, de la Torre Macías M, Trapero Ovejero A, Cerdá Berrocal JA, Molina Hernando EE, Fanjul Gómez M, Peláez Mata D, Pérez-Egido L, Mata Fernández C, Calvo Manuel F, de Agustín Asensio JC. *HGU Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La RIO (Radioterapia Intraoperatoria) constituye una opción de tratamiento en pacientes oncológicos pediátricos seleccionados. Este estudio analiza la aplicación de esta terapia en pacientes sometidos a reconstrucción costal tras resección de tumoración en pared torácica.

Métodos. Se diseña un estudio descriptivo retrospectivo incluyendo los pacientes con cirugía de reconstrucción de pared costal y RIO en nuestro centro entre 2011 y 2017, incluyendo tumores primarios y recidivas. Se analiza control local, recurrencia metastásica, supervivencia, complicaciones postquirúrgicas y resultados funcionales y estéticos.

Resultados. Se incluyen 5 pacientes (cuatro sarcomas de Ewing y una recidiva de rhabdomyosarcoma embrionario). En todos los casos se trataba de estadios avanzados de la enfermedad, tratados según el protocolo oncológico de nuestro centro. La dosis de radiación varía entre 7,5 y 15 Gy, y en todos se realiza reconstrucción costal con diferentes materiales (goretex, titanio, placas reabsorbibles, flaps musculares). El seguimiento medio fue de 109 semanas, consiguiendo control local de la enfermedad en el 100% de los pacientes. Tres pacientes presentan remisión completa, y dos presentan recidiva metastásica. Como complicaciones postoperatorias se produce una fístula torácica de líquido cefalorraquídeo y un rechazo de una placa reabsorbible. Dos pacientes desarrollan escoliosis, y en todos los casos se consigue un buen resultado estético. La supervivencia total es del 80% (un éxito por metástasis pulmonar)

Conclusiones. Nuestro estudio apoya la RIO como una opción eficaz en el control local de la enfermedad en los tumores de pared torácica, sin que conlleve una peor evolución de la reconstrucción quirúrgica del área afectada.

(Oral 3 minutos)

- **Reconstrucción virtual e impresión de modelos 3D: Una herramienta adicional en la Cirugía Pediátrica Oncológica.** Sánchez-Sánchez Á¹, Girón-Vallejo Ó², Ruiz-Pruneda R², García-Calderón D³, Fernández-Ibieta M², Villamil V², Giménez Aleixandre MC², Montoya-Rangel CA², Hernández Bermejo JP². ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. ³Cátedra de Oncología Multidisciplinaria. UCAM. Murcia.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia sobre el uso de la reconstrucción virtual y la impresión 3D para la planificación quirúrgica de casos oncológicos complejos.

Métodos. Los datos se obtuvieron mediante la RM preoperatoria. El análisis y la reconstrucción virtual se realizaron utilizando el software informático especializado. Se imprimieron modelos a escala real, incluyendo tumor, órganos adyacentes y vascularización relevante. La impresión se realizó con diferentes materiales y en escala colorimétrica para una óptima discriminación de las estructuras.

Resultados. Se seleccionaron cuatro casos complejos. El primer caso fue un Tumor de Wilms (TW) bilateral. La reconstrucción volumétrica demostró la presencia de suficiente tejido renal sano, permitiendo la nefrectomía parcial bilateral. En el segundo caso la reconstrucción contribuyó a la localización de las metástasis pulmonares en una paciente con TW. El tercer caso fue un neuroblastoma abdominal considerado irreseccable. La no respuesta al tratamiento quimioterápico hizo necesario el abordaje quirúrgico. El modelo 3D fue de gran utilidad para la planificación y como referencia de consulta durante la intervención. El último caso es un neuroblastoma cérvico-torácico de gran tamaño con diagnóstico anatomopatológico de ganglioneuroma, en íntima relación con el corazón y los grandes vasos mediastínicos.

Conclusiones. La reconstrucción 3D y la impresión de modelos a escala real son una herramienta útil en casos oncológicos complejos ya que contribuyen a una mejor comprensión de las relaciones entre el tumor y los órganos adyacentes, facilitando la intervención quirúrgica. Además aportan información adicional a las pruebas de imagen convencionales pudiendo influir sobre las decisiones terapéuticas.

(Oral 5 minutos)

MISCELÁNEA: NEONATAL Y FETAL.
CALIDAD, GESTIÓN Y BIOÉTICA
Jueves, 24 de mayo de 2018, 13:00-14:00

Moderadores: Dra. Lourdes Delgado Cotán (Cádiz),
Dra. Mónica Tirado Pascual (Tenerife)

- **Transporte interhospitalario de pacientes con hernia diafragmática congénita en membrana de oxigenación extracorpórea, ECMO.** Mesas Burgos C, Frenckner B, Ghaffarpour N, Fletcher-Sandersjoo A, Broman LM. *Hospital Universitario Karolinska.*

Objetivos. Nuestro servicio de ECMO, establecido desde 1987, es centro de referencia para tratamiento con ECMO en el país. Desde 1996 disponemos de la infraestructura necesaria para el transporte de pacientes en ECMO. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia de los casos de hernia diafragmática congénita (HDC) que han requerido transporte en ECMO.

Métodos. Revisión de las historias clínicas de todos los transportes, nacionales e internacionales, de pacientes con HDC realizados por nuestro servicio desde 1996 a 2017.

Resultados. Hemos realizado un total de 39 transportes en ECMO de pacientes con HDC. Cuatro pacientes fueron trasladados desde su hospital de origen después de la implantación de cánulas y el comienzo de ECMO a otro centro en el extranjero debido a la falta de camas en nuestro servicio. 51% de los transportes fueron desde un país extranjero. De los pacientes transportados y tratados en nuestro servicio, la mortalidad fue del 17% (6/35). En el 40% de los transportes se recogió al menos una complicación/ evento adverso: 50% pérdida de volumen tidal, 38% eventos de tipo hemodinámico, y 19% problemas con el equipo técnico o problemas de clima y vehículos de transporte. Estos eventos adversos no resultaron en un aumento de la morbilidad. La distancia media de transporte fue de 560 km y el tiempo medio de 4,6 horas. No se produjeron muertes durante los transportes.

Conclusiones. Los transportes interhospitalarios a larga y corta distancia de pacientes con HDC en ECMO se pueden realizar de forma segura.

(Oral 5 minutos)

- **Eficacia del programa de rehabilitación intestinal en pacientes con síndrome de intestino corto.** Rodríguez Iglesias P, Domènech Tàrrega A, Driller C, Mangas Álvarez L, Valdés Dieguez E, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.*

Objetivos. En las últimas décadas, los programas de rehabilitación intestinal, los avances en la nutrición parenteral (NP) y las técnicas de alargamiento intestinal han mejorado los resultados de los pacientes con síndrome de intestino corto (SIC). Objetivo: Valorar el crecimiento, el destete de la NP y la supervivencia de los pacientes con SIC diagnosticados en los últimos 12 años.

Métodos. Revisión retrospectiva. Definiéndose SIC como la incapacidad del intestino de proporcionar la absorción completa por vía enteral siendo necesaria la NP.

Resultados. 18 pacientes fueron evaluados. Las causas más frecuentes de SIC: enterocolitis necrotizante (6, 33,33%), atresia yeyunal y Hirschsprung (4 casos cada patología, 22,22%) y otros (4). La longitud intestinal media era 51,17 cm al diagnóstico, el 72,22%, carecían de válvula ileocecal. La media NP al inicio era de 115,82 horas/semana, actualmente: 56,92. El 22,22% lograron la nutrición enteral completa (NEC) tras un tiempo medio de 4,62 años. En 3 pacientes se

realizó una enteroplastia transversal seriada. La presencia de válvula ileocecal fue un factor protector para lograr la NEC ($p < 0,018$). En cambio, la longitud y la edad gestacional no fueron significativos. Tras un seguimiento de 5,38 años (3 exitus, 9,6 meses de media), ningún paciente fue candidato a trasplante intestinal.

Conclusiones. La supervivencia de pacientes con SIC ha mejorado en las últimas décadas debido a los programas de rehabilitación intestinal, los avances en la NP y las técnicas de alargamiento intestinal. Es posible lograr la NEC en algunos pacientes y en otros reducir la necesidad de la NP evitando el trasplante intestinal.

(Oral 5 minutos)

- **Sustitución esofágica mediante ascenso gástrico en la atresia de esófago: abordaje laparoscópico modificado.** Molino Gahete JA¹, Giné Prades C¹, Guillén Burrieza G¹, García Martínez L¹, Gómez Culebras MA², López Fernández S¹, Laín Fernández A¹, Bueno Recio J¹, Lloret Roca J¹, López Paredes M¹. ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Describir una técnica modificada y los resultados iniciales de la sustitución esofágica mediante ascenso gástrico por mediastino posterior vía laparoscópica en pacientes con atresia de esófago (AE).

Métodos. Estudio descriptivo de 4 pacientes (5, 6 y 7 meses y 3 años) intervenidos entre los años 2016 y 2017, en los que se realizó la sustitución esofágica vía laparoscópica. Tres pacientes presentaban AE pura y uno AE tipo III. Tras realizar una dilatación forzada del píloro con balón a través de la gastrostomía, se disecó el estómago respetando la arteria gastroepiloica derecha; descolgando la gastrostomía se exteriorizó el estómago para tubulizarlo. Posteriormente se realizó disección roma transhiatal laparoscópica, cervicotomía y ascenso gástrico vía mediastino posterior con anastomosis esofagogástrica cervical.

Resultados. En todos los pacientes se completó la cirugía. Como complicaciones intraoperatorias se produjeron una perforación puntiforme traqueal que se suturó y una extravasación de vía periférica. Se inició nutrición a través de sonda nasogástrica a las 24 horas y oral una vez confirmada la ausencia de fugas. En todos los pacientes se realizó un esofagograma a los 7 días, un paciente tenía una pequeña fuga que se resolvió con tratamiento conservador a los 14 días, no se constató ninguna estenosis de la anastomosis. Un paciente requirió dilatación pilórica a los 3 meses de la intervención.

Conclusiones. El abordaje laparoscópico en la sustitución esofágica mediante ascenso gástrico es una opción segura. Pequeñas modificaciones técnicas, como la dilatación pilórica forzada o la tubulización gástrica extracorpórea, permiten disminuir el tiempo laparoscópico.

(Oral 5 minutos)

- **Cirugía abdominal en prematuros con persistencia del conducto arterioso.** Hernández Díaz C, Montero García J, Ruiz Hierro C, Galvan Félix Y, Ortega Escudero M, Mugerza Vellibre R, Gutiérrez Dueñas JM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. La persistencia del conducto arterioso (PCA) se considera un factor de riesgo para enterocolitis necrotizante (EN) y otras complicaciones digestivas. El objetivo del presente trabajo es analizar si existe un mayor riesgo de cirugía abdominal y morbi-mortalidad asociada, en prematuros que han precisado tratamiento por PCA.

Métodos. Estudio observacional, analítico y retrospectivo incluyendo prematuros menores de 37 semanas de gestación, con diagnóstico de PCA en los últimos 10 años. En función del tratamiento recibido, los pacientes fueron divididos en 3 grupos: tratamiento médico (A), médico y quirúrgico (B) y sin tratamiento (C). Se analizaron variables pre y perinatales, incidencia de complicaciones digestivas (EN y necesidad de cirugía por este motivo) y mortalidad.

Resultados. Se obtuvo una muestra de 144 pacientes: 91 se asignaron al grupo A, 16 al B y 37 al C. La edad gestacional media por grupos fue de 28, 26,7 y 30,1 semanas. El peso medio al nacer fue de 1083,9, 909,3 y 1471,2 gramos, respectivamente. En cuanto a la incidencia de EN, se encontraron un total de 21, 5 y 5 casos en cada grupo, precisando cirugía abdominal un 43%, 60% y 35% respectivamente. La mortalidad por grupos fue del 12%, 19% y 3%.

Conclusiones. Los pacientes que precisaron tratamiento por PCA, presentaron mayor incidencia de complicaciones digestivas y mayor mortalidad que los pacientes no tratados, sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas. La menor edad gestacional y peso al nacer encontrados en los pacientes que precisaron tratamiento por PCA, podría explicar la mayor morbi-mortalidad encontrada en estos pacientes.
(Oral 5 minutos)

- **Quiste de ovario neonatal ¿cuál es nuestro manejo?** Alcaraz Jiménez PJ, Deltell Colomer P, Kuan Arguello ME, Albertos Mira-Marcelí N, González Piñera J. *Hospital General Universitario de Alicante.*

Objetivos. El diagnóstico prenatal de quiste de ovario (QO) está aumentando debido al avance en las pruebas de imagen. El manejo postnatal en los casos asintomáticos es controvertido. Nuestro objetivo es analizar los resultados de nuestra serie y proponer un algoritmo de tratamiento.

Métodos. Estudio retrospectivo de los QO neonatales de nuestro centro desde enero de 2008 hasta diciembre de 2017. Variables analizadas: edad al diagnóstico, lateralidad, diagnóstico de sospecha y definitivo, tamaño, características ecográficas, edad a la cirugía y procedimiento quirúrgico.

Resultados. Analizamos 20 casos, todos de diagnóstico prenatal. La mediana del diámetro máximo fue de 41 mm (20-

90 mm), el 60% derechos. La mediana de edad a la cirugía fue de 30 días (3-330 días). Tres fueron simples y 17 complejos. Se realizó quistectomía laparoscópica en los simples, dos se intervinieron en el primer mes de vida por el tamaño (80 y 90 mm) y el tercero al evidenciar crecimiento durante 4 meses de manejo conservador. En cuanto a los complejos la ecografía determinó el origen ovárico en el 47% (8), quedando el resto sin poder filiar. En todos los casos se realizó laparoscopia exploradora, evidenciándose torsión ovárica en el 94% (16) y un quiste simple complicado. En el 56% (9) de los casos de torsión, la trompa se encontraba amputada. Realizamos ooforectomía en las torsiones y quistectomía en el caso restante. No hubo complicaciones postoperatorias.

Conclusiones. Proponemos el abordaje laparoscópico de los QO complejos en época neonatal, ya que es una técnica eficaz y segura, evitando seguimientos prolongados e incertidumbres diagnósticas.

(Oral 3 minutos)

- **Suspensiones quirúrgicas, un factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico pediátrico.** Ibarra Rodríguez MR, Ramnarine Sánchez S, Murcia Pascual FJ, Siu Uribe A, Cárdenas Elías MÁ, Vargas Cruz V, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.*

Objetivos. Estudio crítico y reflexivo con enfoque cuantitativo que tiene como objetivo identificar el número de suspensiones quirúrgicas (SQ) en nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica, describiendo las causas de cancelación.

Métodos. Análisis retrospectivo de las historias de pacientes intervenidos de forma programada en un periodo de 3 años, 2015, 2016 y 2017, identificando la SQ y clasificando las causas en dos grandes grupos: estructura y proceso y dentro de este último, debido al paciente o al facultativo (anestesiista/cirujano). Se calcula tasa de SQ global y por años junto a otras variables: relacionadas con el paciente, turno de mañana o tarde y estación del año. Valoramos el impacto económico y social así como la repercusión de las medidas de mejora adoptadas.

Resultados. La tasa de SQ global de cirugías programadas fue de 6,7%. En 2015 del 8,9%, con un 90,4% atribuibles al paciente, 6,8% a la estructura y 2,7% al facultativo. Un 6,3% de SQ en 2016, 80% atribuible al paciente, 9,1% a la estructura y 10,9 al facultativo. Un 5% en 2017, 74,6% atribuidas al paciente, un 10,2% a la estructura y un 15,3% al facultativo. Más frecuente en turno de mañana en 2015 y 2016 (72% y 65,4%) y de tarde en 2017 (54,5%). El coste económico de las SQ ha sido de 40.946 € en 2015, 21.687 € en 2016 y 18.217 € en 2017.

Conclusiones. La implantación de prácticas dirigidas a mejorar la accesibilidad y la educación sanitaria disminuye la tasa de SQ, suponiendo un beneficio socio-económico para el paciente y el hospital.

(Oral 3 minutos)

- **Análisis de las derivaciones de atención primaria a un Servicio de Cirugía Pediátrica.** Ramnarine Sánchez SD, Paredes Esteban RM, Murcia Pascual FJ, Ibarra Rodríguez MR, Siu Uribe A, Escassi Gil Á, Vázquez Rueda F. *Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.*

Objetivos. Las derivaciones correctas desde Atención Primaria (AP) a los servicios de Cirugía Pediátrica (CP), es un sello de calidad en la atención pediátrica y organizaciones sanitarias. Analizamos las derivaciones a CP desde AP de las áreas de gestión sanitarias (AGS) de nuestra provincia.

Métodos. Estudio descriptivo observacional de las derivaciones de AP durante 2014-2017. Del total, analizamos 1.000 historias de pacientes, extraídas del año 2017. Variables analizadas: edad, sexo, distrito sanitario, motivo de derivación, y adecuación de la misma. Criterios de derivación incorrecta: incumplimiento calendario quirúrgico (CQ), diagnóstico/indicación incorrecta y patologías fuera de cartera de servicio. Analizamos porcentaje de pacientes tratados por CP.

Resultados. 6.538 derivaciones desde AP. Incremento casi del 20% respecto al 2014. El AGN Norte presentó el menor porcentaje de derivación. De los 1.000 pacientes analizados, 76,9% correspondían a varones, edad media 6 años (0-15). Causa más frecuente de derivación fimosis 18,7%, seguido de hernias de línea media 9,1%, criptorquidia 6,7%, hernia inguinal 6,2% hidrocele 5%, teste en ascensor/retráctil 4,1%. 39,2% (392) derivaciones inadecuadas: 61,8% debidas a diagnóstico/ indicación errónea, 32,1% incumplimiento CQ y 6,1% patología fuera de cartera de servicio. 6 pacientes derivados de AP diarios por consulta, 392 pacientes suponen 65 consultas afectadas. El 60,8% precisaron intervención por nuestro servicio, el 22% quirúrgica

Conclusiones. Las derivaciones inadecuadas de AP son frecuentes, implican saturación de las consultas y supone trastornos socio-económicos importantes para el paciente y la organización sanitaria. Es necesario insistir en los programas de formación en AP y formación del MIR de pediatría y médicos de familia.

(Oral 3 minutos)

UROLOGÍA 1

Jueves, 24 de mayo de 2018, 15:30-16:45

Moderadores: Dra. Rosa Martín Crespo (Toledo),
Dr. Moisés Miele Cerchar (Málaga)

- **Hiperplasia suprarrenal congénita: resultados a largo plazo.** Serradilla J, Rivas S, Martínez Urrutia MJ, Lobato R, Bueno Jiménez A, Fernández Pascual E, Amesty V, López Pereira P. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) asocia diversos grados de ambigüedad genital cuyo tratamiento resulta controvertido debido a las consecuencias físico-psicológicas para el paciente. Nuestro objetivo es evaluar la situación actual de nuestras pacientes según el tratamiento recibido.

gicas para el paciente. Nuestro objetivo es evaluar la situación actual de nuestras pacientes según el tratamiento recibido.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con HSC tratados entre 1990-2010. Se evaluó su situación basal (exploración, genética, antecedentes), la cirugía realizada (sección o plicatura de los cuerpos cavernosos (CC), vaginoplastia, genitoplastia) y su seguimiento (desarrollo sexual secundario, efectos secundarios farmacológicos). Los resultados a largo plazo fueron recogidos mediante un cuestionario sobre la satisfacción, autoestima y situación sexual actual, excluyendo pacientes menores de edad.

Resultados. Se estudiaron 31 pacientes (21 años, [6-42]). La sección parcial de los CC se realizó en el 81% (25) mientras que su plicatura se llevó a cabo en el 19% (6). La reducción del glande se practicó en el 36% (11) y la vaginoplastia en el 83% (26). 21 pacientes (26 años, [18-42]) cumplieron los criterios de inclusión del cuestionario, cuya tasa de respuesta fue del 71% (15). La sección o plicatura de los CC no mostró diferencias en la satisfacción sexual mientras que la reducción del glande mostró una disminución significativa en la sensibilidad del clítoris ($p < 0,05$). Aunque el 60% se mostró satisfecho con la apariencia de sus genitales, hasta el 30% refirió no sentirse completamente identificado con su asignación femenina.

Conclusiones. Un considerable porcentaje de pacientes con HSC mostró consecuencias relevantes para su desarrollo sexual y social, lo que hace necesario un manejo multidisciplinar más conservador para esta enfermedad.

(Oral 5 minutos)

- **Pieloplastia y detección de vasos polares: influencia de la vía de abordaje.** Redondo Sedano JV, Cabezalí Barbancho D, Tordable Ojeda C, Carrillo Arroyo I, Aneiros Castro B, Melero Guardia L, Martín Alelu R, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Analizar si existen diferencias en la detección de vasos polares en la pieloplastia laparoscópica frente a la técnica abierta, y describir su relación con la aparición de complicaciones en el posoperatorio.

Métodos. Análisis retrospectivo de 2 cohortes: pacientes mayores de 6 meses intervenidos de estenosis pieloureteral mediante laparoscopia y cirugía convencional. Se excluyeron los casos con pruebas de imagen preoperatorias dirigidas a la detección de vasos polares, y se estudiaron las siguientes variables: detección intraoperatoria de vaso polar, persistencia de obstrucción, necesidad de reintervención y hallazgos en la segunda cirugía.

Resultados. Cada grupo a estudio incluyó 47 pacientes. No se encontraron diferencias en la edad media entre ambos grupos ($36,1 \pm 41,3$ meses vs $31,8 \pm 37,2$ meses; $p=0,527$). El número de vasos polares hallados en técnica laparoscópica fue de 15, frente a 3 en cirugía abierta (relación 5: 1; $p=0,002$). En el grupo de pacientes intervenidos por laparoscopia se objetivó un caso de recidiva, y en el de cirugía convencional se han

detectado 5 (todos los ellos en pacientes sin hallazgo de vaso polar en la primera intervención). 4 de estos pacientes (80%) fueron reintervenidos, y en 2 (50%) se encontraron vasos aberrantes como causa de obstrucción, no descritos previamente.

Conclusiones. La laparoscopia ofrece una correcta visión anatómica del riñón y su vascularización, que permite una mayor detección de vasos polares frente al abordaje convencional. La elección de esta técnica puede contribuir a disminuir las complicaciones posoperatorias relacionadas con vasos polares anómalos no visualizados en la cirugía.

(Oral 5 minutos)

- **Factores de riesgo para la recurrencia de la estenosis de la unión pieloureteral tras la pieloplastia.** Pérez Bertólez S, Martín Solé O, Soria Gondek A, Arboleda Bustán J, García Aparicio L. *Sección de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona.*

Objetivos. La reestenosis de la unión pieloureteral tras la pieloplastia es una complicación grave y poco frecuente. El objetivo de este trabajo es identificar los factores de riesgo que predisponen a la recurrencia de la estenosis pieloureteral.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a pieloplastia entre los años 1997 y 2017 y seguidos en un único centro. Se focalizó en pacientes con necesidad de reintervención por recurrencia de la estenosis. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de pruebas de imagen.

Resultados. Se realizaron 340 pieloplastias. Se reintervinieron 10 pacientes (2,9%) de los cuales el 20% había tenido una fuga urinaria *versus* el 6% de fuga en los no reintervenidos ($p=0,08$). No hubo diferencias en la necesidad de reintervención por sexo, edad, peso, lateralidad, tipo de abordaje (cirugía abierta *vs* laparoscópica), diámetro de la pelvis ni función preoperatoria. La mayor edad (76 *vs* 36 meses, $p < 0,001$), el empleo de catéter transanastomótico que llega a vejiga (OR 3,1 IC 95% 1,2-8,4) y la función renal diferencial preoperatoria más elevada (54% *vs* 47% $p < 0,01$) fueron factores de riesgo independientes para fuga urinaria en un modelo de regresión logística múltiple con $p < 0,0001$.

Conclusiones. Existe una tendencia a la recurrencia de la estenosis de la unión pieloureteral si ha habido una fuga urinaria postpieloplastia. La edad elevada, el empleo de catéter transanastomótico que llega a vejiga y la función renal preoperatoria más elevada son tres factores de riesgo independientes para la fuga urinaria.

(Oral 5 minutos)

- **Seguimiento a largo plazo tras la pieloplastia mediante ecografía: ¿sigue siendo necesario el renograma?** Hernández Díaz C, Ruiz Hierro C, Montero García J, Ortega Escudero M, Galván Félix Y, Muguerza Vellibre R, Gutiérrez Dueñas JM. *Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. El renograma es la prueba de elección tras la pieloplastia, pero es invasiva y requiere radiación ionizante. Se ha propuesto un seguimiento libre de radiación mediante ecografía como prueba de primera línea, dejando el renograma para casos seleccionados. Nuestro objetivo es documentar la evolución postoperatoria de las pruebas de imagen.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes tratados mediante pieloplastia con tiempo de seguimiento de 6 meses entre 2008 y 2017. Se recogieron parámetros ecográficos (diámetro antero-posterior de la pelvis (DAP), ratio pelvis/córtex (P/C) y porcentaje de mejora del DAP (PM-DAP)) y del renograma (curva de eliminación y función renal diferencial (FRD)) referidos en medias.

Resultados. 47 pacientes cumplieron criterios de inclusión con una mediana de seguimiento de 32 meses. La edad mediana en el momento de la cirugía fue 11 meses, 77% fueron varones, 64% del lado izquierdo y 85% de diagnóstico prenatal. El DAP pre-quirúrgico fue 37,3 mm y el ratio P/C 8,3. La FRD pre-quirúrgica fue 45% y la curva de eliminación obstructiva en el 83%. Al tercer mes postoperatorio: DAP 20,5 mm, ratio P/C 3,4 y PM-DAP 49,8%; a los 6 meses: 16,2 mm, 2,2 y 53,5% respectivamente. El renograma diurético a los 6 meses: FRD media 43% y curva de eliminación no obstructiva en la mayoría (73%). Hubo 3 re-intervenciones.

Conclusiones. La ecografía había presentado una mejoría progresiva en el momento de realizar el renograma postoperatorio. Podría no ser necesario realizar renograma electivo rutinario a todos los pacientes siendo imprescindible ante el empeoramiento ecográfico y la aparición de clínica.

(Oral 3 minutos)

- **Parámetros ecográficos como marcadores pronósticos en la evolución postoperatoria de la estenosis pieloureteral congénita.** Pérez-Egido L, Parente Hernández A, Burgos Lucena L, Ortiz Rodríguez R, Angulo Madero JM. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Durante la pieloplastia laparoscópica se produce una alteración anatómica de la pelvis renal que no es posible realizar durante los procedimientos endourológicos. Nuestro objetivo es analizar los parámetros ecográficos como marcadores pronósticos en las estenosis pieloureterales (EPU) tratadas endourológicamente.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a los pacientes < 18 meses tratados mediante dilatación con balón de alta presión entre el 2007-2016. Se analizaron las ecografías preoperatorias y postoperatorias realizadas a los 3, 6 y 12 meses, el diámetro anteroposterior de la pelvis renal (DAP), el ratio parénquima cortex (RPC) y el porcentaje de mejoría del DAP (PM-DAP).

Resultados. Se incluyeron 51 pacientes. La reducción del DAP y PCR fue estadísticamente significativa a los 3, 6 y 12 meses postoperatorios. Mediante curvas COR se calcularon valores de corte de buen pronóstico a los 3 meses postoperatorios

y ningún paciente con una DAP ≥ 19 mm y/o un RPC $\geq 3,3$ precisó reintervención (S: 100%, E 70%). Mediante curvas COR se calcularon valores de corte a los 6 meses, estableciendo como grupo de riesgo de reintervención (S: 86% E: 90%) aquellos pacientes con DAP $\geq 18,5$ mm, el RPC $\geq 3,1$ y el PM-DAP $\leq 35\%$.

Conclusiones. Según nuestros resultados, analizando varios parámetros ecográficos en el seguimiento postoperatorio de las EPU, podemos identificar de manera precoz a un grupo de pacientes de buen pronóstico que se beneficiarán de un seguimiento más espaciado, reservando la utilización del renograma para aquellos pacientes que a los 6 meses no hayan presentado la evolución esperada.

(Oral 3 minutos)

- **Experiencia a 18 años con el síndrome de hipertensión de la vena renal izquierda (SHVRI).** Miró I, Serrano A, March JA, Polo A, Conca MÁ, Rodríguez L, Pérez J, Domínguez C. *Hospital La Fe. Valencia.*

Objetivos. Presentar nuestra experiencia en los últimos 18 años en el SHVRI, entidad generada por la compresión de la vena renal izquierda que asocia desarrollo de hipertensión venosa renal, que transmitida en sentido retrógrado puede ocasionar hematuria, síndrome de la vena gonadal y varicocele.

Métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes seguidos en nuestro centro con diagnóstico de SHVRI en base a clínica y pruebas de imagen (ecografía, TAC/ RMN, flebografía).

Resultados. 21 pacientes, seguimiento medio 52,3 meses (37,1-67,5). Edad media de presentación 11,7 años (9,9-13,4). Presentación más frecuente: hematuria 16 (76,2%), macroscópica en 75% y en 42,9% relacionada con ejercicio físico. Otros síntomas: varicocele izquierdo 7 (33%), proteinuria 6 (21,6%). En casos leves-moderados se realizó tratamiento conservador (cambio de actividad física, higiene postural), eficaz en 16 (76,2%). En los restantes 5 (23,8%), 2 (9,5%) precisaron intervencionismo (stent intravascular en la vena renal en 1 caso, y embolización de la vena espermática en 1 caso), en 1 (4,8%) de los pacientes se realizó transposición de la vena renal y autotrasplante renal, y 2 de los pacientes (9,5%) con casos leves precisaron corrección quirúrgica del varicocele.

Conclusiones. La hematuria, habitualmente macroscópica y relacionada con el ejercicio físico, es el síntoma más frecuente en los pacientes con SHVRI. El diagnóstico por imagen se basa en pruebas no invasivas; la flebografía debe reservarse para casos severos que precisan una actitud intervencionista. El tratamiento endovascular o quirúrgico está indicado en casos severos con fracaso del tratamiento conservador.

(Oral 5 minutos)

- **Valor clínico y pronóstico de la función supranormal en casos de hidronefrosis unilateral.** Soria-Gondek A, Martín-Solé O, Pérez-Bertólez S, García-Aparicio L. *Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

Objetivos. En el 9-21% de las estenosis de la unión pieloureteral el riñón hidronefrótico puede presentar hiperfunción paradójica. Pretendemos analizar los principios biofísicos y el significado clínico de la función supranormal (FSN) y los factores de riesgo de sobreestimación de la función renal diferencial (FRD).

Métodos. Registro prospectivo de los pacientes intervenidos de pieloplastia en un único centro de 2012 a 2017. Se compararon los de FRD preoperatoria $> 55\%$ (FSN) frente a los de FRD $< 55\%$ (noFSN). Se analizaron datos clínicos, quirúrgicos y radiológicos pre y postoperatorios.

Resultados. Se intervinieron 78 pacientes. 9 (11,5%) tenían una FSN. La edad, género, lateralidad, abordaje y grados de hidronefrosis fueron homogéneos. El diámetro de la pelvis y la ratio volumen pelvis/volumen renal (Vp/Vr) fueron mayores en el grupo FSN (35 mm vs 24 mm, $p= 0,026$; 0,6 vs 0,2, $p= 0,003$). 88,9% de los pacientes con FSN tenía una pelvis > 30 mm ($p= 0,001$) y fue un buen predictor de sobreestimación funcional (AUC= 0,804, IC 95% 0,707-0,902, sensibilidad 89%). La ratio Vp/Vr fue un factor de riesgo independiente para FSN ($p= 0,037$). Existe una relación cuadrática entre la FRD y el diámetro de la pelvis y la ratio Vp/Vr. La disminución postoperatoria de la FRD fue mayor en grupo FSN (-7% vs $+0,6\%$, $p= 0,007$) y en los pacientes con pelvis > 30 mm con o sin FSN (-3% vs $+1\%$, $p= 0,028$).

Conclusiones. La FSN resulta de la distribución del trazador en un riñón con pelvis desproporcionalmente dilatada. La FRD no es buen indicador de obstrucción ni criterio de intervención quirúrgica en caso de FRD $> 55\%$ o pelvis > 30 mm

(Oral 5 minutos)

- **Resultados del trasplante renal con injertos de donantes pequeños (< 6 años) para receptores pequeños.** Gander R, Asensio M, Molino JA, Royo GF, Lara LE, López M, Ariceta G, López M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Los injertos de donantes pediátricos están infrautilizados por el supuesto riesgo incrementado de complicaciones, sobretodo de trombosis vascular (TV). Utilizar injertos de donantes pequeños (DP) para receptores pequeños (RP) se considera aun de mayor riesgo y se evita en muchos centros. Nuestro objetivo fue analizar los resultados del trasplante renal (TR) utilizando DP para RP.

Métodos. Estudio retrospectivo de 118 TR realizados entre enero 2007-julio 2017. Identificamos los TR utilizando DP (< 6 años) para RP (> 6 años). Se recogieron datos de las características de donantes y receptores, complicaciones quirúrgicas y urológicas, pérdida de injerto y evolución.

Resultados. Identificamos 40 pacientes (33,89%). La media de edad de los receptores y donantes fue de 2,9 (DT: 1,68) y 2,24 años (DT: 1,5), respectivamente, y la media de peso de 12,7 (DT: 4,1) y 13,7 kg (DT: 4,15), respecti-

vamente. Treinta receptores (75%) pesaron < 15 kg. La enfermedad primaria renal más frecuente fue el síndrome nefrótico congénito (13). Nueve (22,5%) habían recibido un TR previo. Tres pacientes recibieron un trasplante hepato renal simultáneo (20%). Ocho (20%) tenían un elevado riesgo inmunológico y 19 (47,5%) un alto riesgo trombotico. Todos los injertos se implantaron en el retroperitoneo y se anastomosaron a los vasos ilíacos. Aparecieron complicaciones mayores en 7 (17,5%): TV (3), sangrado (3) y necrosis ureteral (1). Solo una complicación quirúrgica provocó la pérdida del injerto.

Conclusiones. Sugerimos que el TR con DP para RP se relaciona con buenos resultados y supervivencia del injerto. En nuestra serie, las complicaciones quirúrgicas excepcionalmente causaron la pérdida del injerto.

(Oral 3 minutos)

- **Detorsión manual y cirugía diferida en la torsión testicular aguda.** Siu Uribe A, Garrido Pérez JI, Vázquez Rueda F, Ibarra Rodríguez MR, Murcia Pascual FJ, Ramnarine Sánchez SD, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Objetivos. Presentar nuestra experiencia, protocolo e indicaciones de la detorsión manual (DM) como tratamiento en la torsión testicular (TT).

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con TT tratados mediante DM en los últimos 10 años. Analizamos tiempo de evolución, técnica de detorsión, evolución y complicaciones.

Resultados. 75 pacientes diagnosticados de TT en los últimos 10 años, de los cuales 10 fueron tratados mediante DM. Edad media de 12 años (Rango: 10-13 años) y duración del comienzo del dolor de 3,6 horas (\pm 1,3 horas), mayor frecuencia en el testículo izquierdo (80%, n= 8). La técnica de DM se realizó ecoguiada, en dirección horaria y antihoraria en el lado derecho e izquierdo respectivamente. El éxito se definió como el alivio inmediato de los síntomas, hallazgos normales en el examen físico y comprobación de la recuperación del flujo mediante ecografía tras la maniobra de detorsión. Fue efectiva en el 70% de los pacientes, siendo dados de alta a las 24 horas, tras realizar nueva ecografía de control y comprobar normalidad en el flujo. Orquidopexia vía escrotal diferida a las 2 semanas (Rango: 0-5,4 semanas). En dos pacientes (20%) se realizó cirugía urgente por insuficiente recuperación del flujo y en otro paciente (10%) fue necesario realizar una segunda maniobra de detorsión. No hubo complicaciones tras DM a corto/ largo plazo, ningún caso de atrofia testicular.

Conclusiones. La DM ecoguiada y orquidopexia diferida es una opción terapéutica en pacientes con TT de corta evolución. Es necesario series más amplias y realizar estudios prospectivos para establecer su seguridad y eficacia.

(Oral 3 minutos)

- **Factores de riesgo para el desarrollo de hipospadias y criptorquidia: estudio de casos-controles.** Estors Sastre B¹, González Ruiz Y², Bragagnini Rodríguez P², Delgado Alvira R², Gracia Romero J². ¹*Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.* ²*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Investigar los factores de riesgo asociados al desarrollo de hipospadias y criptorquidia.

Métodos. Estudio analítico de casos y controles. Los casos fueron los niños de 6 meses a 14 años diagnosticados de hipospadias o criptorquidia en la consulta durante 18 meses y los controles, los de la misma edad con diferente diagnóstico. Las variables se recogieron mediante entrevista personal con los padres. Se estimaron estadísticos descriptivos y se construyeron modelos de regresión logística.

Resultados. Estudiamos 420 pacientes, 210 casos (107 hipospadias/103 criptorquidias) y 210 controles (edad media= 3,37 \pm 2,64 [rango 0,5-12]). El peso al nacer fue significativamente menor en el grupo hipospadias (media= 2,92 \pm 0,67 kg *versus* 3,36 \pm 0,59 kg en los controles; p= 0,015). La edad materna y la paterna fueron significativamente mayores en los casos (media= 33,28 \pm 5,14 *versus* 32,25 \pm 5,08 años; p= 0,04 y 36,25 \pm 6,28 *versus* 34,74 \pm 5,77 años; p= 0,01, respectivamente). Encontramos asociación directa entre la exposición ocupacional materna y paterna a disruptores endocrinos (DE) y los casos, odds ratio (OR)= 3,19 (IC 95%: 1,48-6,88) y 1,89 (IC 95%: 1,08-3,28), respectivamente, los antecedentes urológicos paternos en los casos (OR= 2,17 [IC 95%: 1,01-4,69]) y el hábito tabáquico paterno en el grupo hipospadias (OR= 2,10 [IC 95%: 1,25-3,53]), y asociación inversa en los casos con el consumo de antiabortivos (OR= 2,17 [IC 95% CI: 1,01-4,69]) y el alto nivel educativo paterno (OR= 2,17 [95% CI: 1,01-4,69]).

Conclusiones. La exposición ocupacional a DE, los antecedentes urológicos y el tabaquismo, podrían aumentar el riesgo de hipospadias y criptorquidia, y los antiabortivos y el nivel educativo, reducirlo.

(Oral 5 minutos)

- **Experiencia en el tratamiento conservador del traumatismo renal.** Rodríguez Iglesias P, Polo Rodrigo A, Serrano Durbá A, Rodríguez Caraballo L, March Villalba JA, Domínguez Hinarejos C. *Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.*

Objetivos. El manejo del traumatismo renal ha ido variando en los últimos años de modo que, en la actualidad, incluso en los grados altos, se aboga por un tratamiento inicial conservador. El objetivo de este trabajo es revisar la presentación, actitud inicial y evolución de los traumatismos renales atendidos en este centro.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes con traumatismo renal atendidos en los últimos 10 años. Se analizaron variables epidemiológicas, mecanismo de producción, ITP, tratamiento y evolución.

Resultados. Se estudiaron 26 pacientes, 18 varones (69,23%). La causa más frecuente fue el golpe directo en 11 pacientes (42,31%). El lado más frecuentemente afectado fue el derecho en 14 pacientes (53,85%). El traumatismo grado III según la AAST fue el más frecuente, 11 pacientes (42,31%). Nueve pacientes (44,55%) presentaron lesión en otros órganos sólidos y siete pacientes (26,93%) otras lesiones. En 24 pacientes (92,30%) el tratamiento inicial fue conservador con medidas de soporte. Un paciente se presentó con inestabilidad hemodinámica y se intervino de forma urgente realizándose embolización supraselectiva con control inmediato del sangrado activo. En otro paciente se colocó un catéter doble J por disrupción de la vía excretora. De los pacientes tratados de manera conservadora inicialmente solo 1 paciente (4,1%) requirió maniobras quirúrgicas secundarias debido a complicación.

Conclusiones. En pacientes con traumatismo renal el tratamiento no quirúrgico es seguro y eficaz. En caso de inestabilidad hemodinámica o sangrado las técnicas radiológicas intervencionistas han demostrado ser seguras y efectivas en la edad pediátrica.

(Oral 3 minutos)

UROLOGÍA 2

Viernes, 25 de mayo, 8:30-09:45 h

Moderadores: Dra. Margarita Montero Sánchez (Vigo),
Dr. José María Angulo Madero (Madrid)

- **Síndrome de OHVIRA: características clínicas y complicaciones. Nuestra experiencia.** Siu Uribe A, Vargas Cruz V, Murcia Pascual FJ, Escassi Gil Á, Garrido Pérez JI, Antón Gamero M, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Objetivos. El Síndrome de OHVIRA es una rara y compleja variante de las anomalías de los conductos de Müller caracterizado por hemivagina obstruida, útero didelfo y anomalía renal ipsilateral. Su diagnóstico prepuberal es excepcional y el retraso en su diagnóstico y tratamiento compromete la vida y fertilidad de la paciente.

Métodos. Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes diagnosticadas en nuestro centro, en un periodo de tiempo de 20 años. Los datos se recogen en un protocolo que incluye: características clínicas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

Resultados. 9 pacientes en total, 55% diagnosticadas en edad prepuberal y 45% postmenarquia. En el 50% se realizó diagnóstico prenatal de malformación renal. En el 44% antecedentes familiares de primer grado de enfermedades nefrourológicas. La media de seguimiento por riñón único, previo al diagnóstico, fue de 3,6 años (Rango 0-13,4 años). En el 55% el lado afecto fue el derecho. Los síntomas fueron ginecológicos en el 44%, miccionales en el 22% y dolor abdominal recurrente en el 22%. Las pacientes prepuberales se

encuentran asintomáticas. Presentaron complicaciones en el 33%, correspondiendo a hidrometrocolpos (22%) y piocolpos (11%). Se realizó septostomía y resección del tabique vaginal como tratamiento en el 44%, todas en edad postpuberal. Las pacientes prepuberales continúan en seguimiento con actitud conservadora.

Conclusiones. El SO es una rara anomalía del desarrollo de los conductos de Muller de presentación clínica variable. El alto índice de sospecha y el diagnóstico precoz en niñas con anomalías renales facilita el tratamiento quirúrgico antes de la presentación de complicaciones.

(Oral 3 minutos)

- **¿Es la uretroplastia Mathieu una técnica útil para la corrección de fistulas post-reparación de hipospadias?** Aguilera Pujabet M, Gander R, Royo Gomes G, López Paredes M, Asensio Llorente M. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Existen múltiples técnicas quirúrgicas para el cierre de fistulas uretrocutáneas (FUC) secundarias a la corrección de hipospadias. Nuestro objetivo fue analizar nuestros resultados mediante el cierre simple (CS) y cierre con nueva uretroplastia por técnica de Mathieu (CUM).

Métodos. Estudio retrospectivo (2014-2017) de pacientes pediátricos con FUC tratadas mediante CS y CUM. Se incluyeron solo fistulas desde la región mediopenana a distal, excluyendo las fistulas proximales no tributarias de cierre por CUM. Se recogieron datos demográficos, clínicos, tratamiento y resultados.

Resultados. Durante un periodo de 4 años se intervinieron en nuestro centro 177 hipospadias y 28 FUC. 15/28 cumplieron los criterios de inclusión. Tipo hipospadias: distal (10, 66,7%), mediopenano (3, 20%) y proximal (2, 13,3%). La técnica primaria más utilizada fue el Snodgrass (4 pacientes) con una media de edad de 31,9 meses (DS: 16,2). La media de tiempo desde la cirugía primaria a la aparición de la FUC fue de 5 meses (DS: 5). La técnica utilizada para el cierre fue: CS (7) y CUM (8). Todos los pacientes tratados con CUM resolvieron la fistula en un solo tiempo, mientras que de los tratados con CS se resolvieron 5 con una media de 1,8 intervenciones. La media de seguimiento fue de 17 meses (rango 2-45).

Conclusiones. El CUM es una técnica útil, eficaz y segura para el tratamiento de la FUC y además fácilmente reproducible. Los resultados del cierre por CUM parecen ser superiores al CS y podría considerarse la técnica de primera elección.

(Oral 3 minutos)

- **Creación laparoscópica de estoma cateterizable contiguo con uréter.** Cabarcas Maciá L, Cadaval Gallardo C, Molina Mata M, De la Torre Díaz E, Valladares Mendías JC, Roldán Pérez S, Romero Ruiz RM. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Describir mediante vídeo la creación laparoscópica de un estoma cateterizable continente con uréter tras nefrectomía.

Métodos. Varón de 4 años de edad con antecedente de válvulas de uretra posterior (VUP) reseca, que presenta nefropatía izquierda con anulación funcional secundaria a reflujo vesicoureteral por disfunción severa de vaciado. Cateterismos intermitentes limpios inefectivos debido a dificultades mecánicas y dolor, asociando ITU de repetición. Se realiza una nefrectomía laparoscópica y se crea un estoma cateterizable continente con el uréter remanente.

Resultados. Intervención quirúrgica sin incidencias, y adecuada recuperación postoperatoria, permitiendo el alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio e inicio de cateterismo intermitente limpio a través del estoma a partir de la sexta semana PO.

Conclusiones. La creación laparoscópica de un estoma cateterizable continente con uréter nativo es una buena alternativa terapéutica en pacientes con disfunción severa del vaciado vesical que requieren una nefrectomía, aportando todas las ventajas más que conocidas de la cirugía mínimamente invasiva.

(Vídeo 5 minutos)

- **Abordaje retroperitoneoscópico asistido para realizar ureteropieloplastia según técnica de Anderson-Hynes: nuestra experiencia en 86 pacientes desde 1998.** Luque Mialdea R, Martín-Crespo Izquierdo R, Ramírez Velandia H, Carrera Guermeur N, Maruszewski P. *Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.*

Objetivos. Describir la técnica de pieloplastia extracorpórea asistida por abordaje retroperitoneoscópico utilizada en 86 pacientes (87 procedimientos).

Métodos. Desde 1998 hemos realizado 87 pieloplastias extracorpóreas asistidas por abordaje retroperitoneoscópico (PAAR). Técnica: Posición en decúbito latero-posterior, incisión costolumbar posterior y disección digital del espacio retrorenal y posterior dilatación con balón. Retroneumoperitoneo con presión de 11 mmHg. Trocar de Hasson e identificación de la unión pieloureteral. Exteriorización extracorpórea de la unión píelo-ureteral por la incisión del puerto de entrada hasta la piel. Se realiza pieloplastia extracorpórea con doble sutura corrida sobre stent doble J y magnificación. Drenaje tipo Penrose en lecho peri renal. Se ha revisado: el tiempo operatorio, la estancia hospitalaria, el manejo de dolor postoperatorio y los estudios postoperatorios de seguimiento renográfico.

Resultados. El abordaje retroperitoneoscópico fue óptimo para la identificación y disección de la unión píelo-ureteral y realizar pieloplastia extracorpórea por la incisión del puerto de entrada. Los parámetros estudiados muestran: tiempo quirúrgico medio de 100 min.; estancia hospitalaria media de 2 días. El manejo postoperatorio del dolor fue óptimo con

anestesia locorregional caudal y una dosis de Ibuprofeno intrahospitalario. Las complicaciones fueron intraoperatorias (n= 0) y postoperatorias: precoces (n= 4) y tardías (n= 3). Los renogramas diuréticos seriados postoperatorios han mostrado: curva normal (24,39%), patrón pseudobstructivo (74,30%), curva de obstrucción parcial (1,02%) cifras similares tras una cirugía convencional.

Conclusiones. La pieloplastia extracorpórea asistida por retroperitoneoscopia es nuestra "Gold standard" para resolver la obstrucción ureteropielica en la edad pediátrica. La PAAR es alternativa de la pieloplastia convencional y laparoscópica. (Oral 3 minutos)

- **Dos décadas de experiencia en el tratamiento endovascular del varicocele en la edad pediátrica.** Rojas-Ticona J¹, Fernández Córdoba M¹, Argumosa Salazar YM¹, Marijuán Sahuquillo V¹, Ramírez Piqueras M¹, Moratalla Jareño T¹, Juliá Mollá E². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos. Presentar nuestra experiencia de 23 años en el tratamiento del varicocele mediante embolización en la edad pediátrica.

Métodos. Estudio descriptivo observacional de todos los pacientes con varicocele tratados mediante embolización previa flebograpía, por indicación del servicio de cirugía pediátrica entre los años 1995 a 2017. Realizamos análisis estadístico descriptivo y comparación entre dolor y asimetría testicular previa y posterior al tratamiento (SPSSv22).

Resultados. Se realizó embolización en 113 pacientes con varicocele izquierdo. La edad media de diagnóstico fue de 12,4 años (5,2-15,5). Los principales motivos de consulta fueron: hallazgo incidental (46,7%), aumento de volumen escrotal (28%) y dolor testicular (15,9%). El 61,5% eran de grado 3 y el 38,5% de grado 2. El procedimiento de embolización selectiva se realizó a una edad media de 13,6 años (8-18). No se presentaron complicaciones graves del procedimiento ni hidrocele reactivo. La tasa de éxito global del tratamiento endovascular fue de 93,8%. En 85 pacientes (75,2%) se realizó un único procedimiento y en 21, dos procedimientos (18,6%). Sólo 4 pacientes requirieron intervención quirúrgica. El dolor desapareció en todos los casos en que se presentaba y la asimetría testicular disminuyó del 44,7% pre-tratamiento al 21,2% post-tratamiento (p < 0,05). El tiempo de seguimiento fue de 18 meses en promedio.

Conclusiones. El tratamiento endovascular mediante embolización permite un manejo selectivo del varicocele previo mapeo venoso con una adecuada efectividad, sin alterar el flujo arterial del testículo ni producir hidrocele. Es un tratamiento poco invasivo que se puede considerar de primera elección en varicoceles de niños y adolescentes.

(Oral 5 minutos)

- **Cirugía endoscópica mínimamente invasiva para el tratamiento del megaureter obstructivo primario: resultados a largo plazo.** Casal Beloy I, Somoza Argibay I, García González M, Míguez Fortes L, Dargallo Cabonell T. *Hospital Materno Infantil A Coruña*.

Objetivos. Evaluar los resultados y complicaciones a largo plazo de la dilatación endoscópica con balón en el megaureter obstructivo primario.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de megaureter obstructivo primario, tratados mediante dilatación endoscópica, desde 2004 hasta 2017. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico fueron: empeoramiento de la hidronefrosis o función renal e infecciones urinarias recurrentes a pesar de profilaxis antibiótica. Todos los pacientes fueron seguidos 3 meses tras la dilatación con ecografía y renograma MAG-3, y seis meses tras la dilatación con cistouretrografía y ecografía. Se realizó ecografía abdominal y seguimiento clínico de todos los pacientes hasta la fecha actual.

Resultados. 13 pacientes fueron tratados endoscópicamente, (7 niños y 6 niñas). La media de seguimiento actual es de 10,3 años, (R: 4,7-12,2). La edad media en el momento de la intervención fue de 9 meses (R: 2-24). La afectación fue del lado izquierdo en 8 pacientes (61,5%).

No se observaron complicaciones intraoperatorias. 4 pacientes precisaron antibioterapia oral por infección urinaria. Ningún paciente desarrolló reflujo vesico-ureteral secundario a la dilatación. Todos los pacientes presentaron un patrón no obstructivo en el renograma tras la dilatación. El diámetro pélvico y ureteral medio, valorado de forma pre y postoperatoria, mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Ningún paciente mostró empeoramiento de la función renal tras la intervención. Todos los pacientes mantuvieron sus resultados sin recurrencias a largo plazo.

Conclusiones. La dilatación endoscópica con balón podría ser una técnica definitiva para el tratamiento del megaureter obstructivo primario susceptible de intervención quirúrgica tradicional.

(Oral 3 minutos)

- **Usos del láser Holmium: Yttrium-Aluminum-Garnet (Ho: YAG) en endourología pediátrica.** Kuan ME, Alcaraz P, Albertos N, Gallejo N, Sánchez Ó, González J. *Hospital General Universitario de Alicante*.

Objetivos. La introducción del láser Holmium: Yttrium-Aluminum-Garnet (Ho: YAG) junto con la mejoría de los cistoscopios pediátricos ha provocado un aumento de las indicaciones de procedimientos endourológicos en la patología pediátrica. El láser holmium tiene la ventaja de tener mayor precisión, menor penetración y variabilidad con diferentes tejidos, y menor potencial de daño térmico. Nuestro objetivo es presentar múltiples indicaciones para el láser Ho: YAG.

Métodos. Pacientes con procedimientos endourológicos donde se utilizó el láser Ho: YAG entre 2013 y 2017

Resultados. Se realizaron 10 procedimientos: un niño de 20 meses con pólipo de uretra posterior, un niño de 7 meses con valvas de uretra posterior (VUP), y 5 pacientes con 8 urolitiasis. El pólipo ureteral se originaba del verum montanum y medía 15 mm. Fue resecado con éxito y en 9 meses de seguimiento no ha presentado recidiva. Al niño con VUP se realizó ablación en la posición de 5 h y 7 h, posteriormente presentó un chorro miccional de buen calibre. Los pacientes con urolitiasis tenían edad media de 6,4 años (DE 3,51). Los cálculos estaban localizados 5 en uréter distal, 2 ureter proximal y 1 en vejiga. Los cálculos tenían un tamaño medio de 14,2 mm (DE 7,68). En 4 de los casos se utilizó un microretroscopio (4,8 fr), en el resto se utilizaron cistoscopios de 9 y 11 fr. Hubo un caso de migración del cálculo, y un caso de fragmentación incompleta. Ninguno presentó estenosis ureteral ni de uretra.

Conclusiones. El láser Ho: YAG es seguro y efectivo para el tratamiento de diferentes patologías urológicas.

(Video 5 minutos)

- **Ureteroureterostomía laparoscópica en doble sistema excretor.** Pérez Bertólez S, Martín Solé O, Arboleda Bustán J, Vicario Latorre F, García Aparicio L. *Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona*.

Objetivos. Dentro de los distintos tipos de cirugía que se pueden emplear con los dobles sistemas excretores, la ureteroureterostomía es una cirugía que nos permite tratar un hemisistema patológico pero con función preservada. El objetivo de este vídeo es mostrar los pasos técnicos de la ureteroureterostomía laparoscópica ipsilateral.

Métodos. Caso clínico.

Resultados. Niña de 5 años con ureterohidronefrosis superior izquierda con función preservada. La paciente presentaba incontinencia urinaria continua entre micciones normales. El procedimiento comenzó mediante la realización de uretrocistoscopia y vaginoscopia sin lograr identificar el meato uretral superior izquierdo. Posteriormente se colocó un tutor ureteral en el sistema inferior izquierdo y una sonda de Foley. Se realizó una cirugía por vía laparoscópica transperitoneal con 3 trócares entre 3 y 5 mm. Tras incidir la línea de Toldt y exponer el retroperitoneo, se identificaron y disecaron ambos uréteres. Se realizó la transección del uréter superior y se realizó una ureteroureterostomía término-lateral al uréter inferior ipsilateral. Se dejó un catéter doble J. La sutura de la anastomosis se realizó con puntos simples de vicryl 5/0 intracorpóreos. Se dejó un drenaje tipo Redon en el lecho quirúrgico. La sonda vesical se retiró a las 24 horas y el drenaje a las 48 horas, pudiendo irse de alta hospitalaria. La incontinencia urinaria desapareció tras la intervención quirúrgica y los controles ecográficos mostraron una disminución significativa de la dilatación de la vía excretora.

Conclusiones. La ureteroureterostomía laparoscópica es una técnica posible y segura, con todas las ventajas que aporta la cirugía mínimamente invasiva.

(Video 5 minutos)

- **Estenosis uretral bulbar congénita por membrana de cobbs: a propósito de dos casos.** Tardáguila Calvo AR, Simal Badiola I, López López AJ, Fernández Jiménez I, De Diego García E. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Presentar las particularidades de esta entidad y sus diferentes opciones de tratamiento endourológico así como revisión de la literatura a propósito de dos casos.

Métodos. Presentamos el caso clínico, pruebas complementarias e imágenes intraoperatorias de dos pacientes de 7 y 11 años tratados por nuestro servicio por membrana de Cobbs. El primero debutó como dificultad progresiva para la micción, mientras que el segundo lo hizo como hematuria terminal aislada.

Resultados. La ecografía abdominal fue normal en ambos pacientes. El primer paciente presentó una retención urinaria aguda que precisó cistoscopia exploradora en el curso de la cuál se visualizó la membrana de Cobbs. En el segundo, la CUMS demostró una estenosis de uretra bulbar que se confirmó uretroscópicamente. En el primer caso se realizó dilatación con balón de la membrana dado su carácter obstructivo total, mientras que en el segundo se optó por la resección fría de la misma, sin registrar complicaciones en ningún caso y con un tiempo quirúrgico muy reducido.

Conclusiones. La membrana de Cobbs es una membrana congénita circular en la uretra bulbar, sin dependencia del veru montanum. Su pronóstico con tratamiento endourológico es, por lo general, excelente, al contrario de otras causas de estenosis de uretra bulbar, que generalmente precisan para su corrección uretroplastia mediante abordaje convencional. Por este motivo es imperativo conocer la existencia y particularidades de esta entidad. Por último, cómo se observa en nuestros pacientes, diferentes técnicas endourológicas ofrecen una opción de tratamiento segura y eficaz a largo plazo.

(Video 3 minutos)

- **Infección del tracto urinario después de la realización de cistouretrografía: ¿es necesaria la profilaxis antibiótica?** Guillén Redondo P, Espinoza Vega M, Ecclesia FG, Aparicio López C, De Lucas Collantes C, Souto Romero H, Espinosa Góngora R, Luis Huertas AL, De Lucio Rodríguez M, Riñón Pastor C, Arteaga García R. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Conocer la frecuencia de infección urinaria (ITU) tras la realización de una cistouretrografía (CUMS).

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a CUMS entre diciembre de 2015 y noviembre de 2017. Se recogieron datos demográficos, clínicos, microbiológicos y radiológicos. Se definió ITU post-CUMS al episodio clínico compatible con confirmación bacteriológica por urocultivo en los 10 días posteriores.

Resultados. Se incluyeron 256 pacientes (145 mujeres y 111 varones), con una media de edad de 5 años. Las indicaciones principales fueron ITU febril en 118 (46%) y reflujo vesicoureteral (RVU) en 61 (24%). Recibieron profilaxis antibiótica peri-procedimiento 177 pacientes (69%). En los 79 (31%) restantes sin profilaxis, se realizó un urocultivo 6 días antes para descartar ITU. De los 99 pacientes con cistouretrografía patológica, el hallazgo más frecuente fue RVU (26,5%), seguido de vejiga neurógena (6%). Se confirmó ITU post-CUMS en 6/256 (2,34%) pacientes (3 niños y 3 niñas), con una mediana de edad de 27 meses (r: 3-120 m). Cuatro de ellos tenían una alteración del tracto urinario (3 RVU, 1 ureterohidronefrosis) y cinco recibían profilaxis. Los gérmenes aislados fueron *Escherichia coli* (2/6), *Klebsiella* (2/6), *Enterobacter* (1/6) y *Pseudomona* (1/6); siendo 4/6 resistentes a profilaxis. No se halló diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de ITU entre profilaxis y urocultivo previo ($p=0,66$).

Conclusiones. La frecuencia de ITU tras cistouretrografía es baja, existiendo una mayor prevalencia de gérmenes "atípicos". La realización de urocultivo previo puede resultar una alternativa segura y útil a la antibioterapia, como prevención de ITU asociada a cistouretrografía.

(Oral 3 minutos)

- **Videourodinamia con cistsonografía para estudio de la disfunción miccional y otras uropatías en niños.** Fernández Córdoba MS¹, Parrondo Muñíos C², Argumosa Salazar YM¹, Marijuán Sahuquillo V¹, Ramírez Piqueras M¹, Moratalla Jareño T¹, Rojas Ticona J¹, Vidal Company A³. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ³Servicio De Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos. Valorar la utilidad de una nueva modalidad de videourodinamia en el estudio de la disfunción miccional y otras uropatías en niños, sustituyendo la cistouretrografía miccional seriada por cistsonografía, sin usar radiaciones ionizantes.

Métodos. Se ha realizado simultáneamente cistomanometría de llenado y cistsonografía en 43 niños en los dos últimos años en nuestro Centro. El contraste sonográfico fue infundido a través del catéter de urodinamia.

Resultados. La muestra consta de 22 niñas y 21 niños, con edades de entre 1,5 y 14 años (mediana 6,52). La indicación más frecuente en los varones fue disfunción miccional y en las niñas infecciones urinarias de repetición. El 67,4% presentaba alteraciones urodinámicas, predominando baja acomodación

vesical (N= 8), hiperactividad del detrusor mixta (N= 6) y disinergia véscico-esfinteriana (N= 4). 15 de los pacientes tenían reflujo: 9 pasivos (sin actividad del detrusor) y 6 activos (asociado a actividad contráctil del detrusor o en fase miccional). Se vio patología uretral en dos varones (valvas de uretra) y dos niñas (uretra en peonza). Se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de reflujo vesicoureteral y otras variables: capacidad vesical ($r= 0,36$; $p= 0,043$), actividad del detrusor ($t= 3,75$; $p= 0,001$) y sexo ($t= 3,75$; $p= 0,001$), siendo más frecuente en niñas, con vejigas grandes y con hiperactividad. No se ha visto relación entre reflujo y residuo postmiccional alto.

Conclusiones. La cistsonografía puede sustituir a la cisturografía convencional como prueba de imagen asociada a la urodinamia. Con este tipo de exploración hemos podido indicar un tratamiento a nuestros pacientes, sometiéndolos a un único sondaje y sin exponerlos a radiaciones ionizantes.
(Oral 5 minutos)

TÓRAX I

Viernes, 25 de mayo, 09:45-11:00 h

Moderadores: Dr. José Ignacio Garrido Pérez (Córdoba),
Dra. Ada Molina Caballero (Pamplona)

- **¿Es la radiografía suficientemente sensible para establecer indicación quirúrgica en el pectus excavatum?** Güizzo J, Laín Fernández A, García Martínez L, Giné Prades C, Carreño JC, Leganés Villanueva C, López Paredes M. *Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es valorar la correlación de 3 índices de severidad del Pectus excavatum (PE) medidos en la radiografía de tórax (Rx) y compararlas con las medidas en el TAC/RMN, calculando su sensibilidad y su valor predictivo positivo para establecer indicación quirúrgica.

Métodos. Estudio retrospectivo (2010-2017) de los pacientes con PE valorados en consultas externas con estudios TAC/RMN contiguos a Rx (menos de 6 meses). Se midieron el IH, el índice de corrección (IC) y de depresión (ID) en TC/RMN por un adjunto y un residente, en Rx por un adjunto y un radiólogo pediátrico. Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman y la sensibilidad de la radiografía para establecer indicación quirúrgica ($IH > 3,25$, $IC > 20\%$, $ID > 0,2$).

Resultados. Analizamos 48 pacientes (media 12,48 años). La media de los índices en Rx vs TC/RMN fue: IH: 4,36 vs 4,46, IC: 34,29% vs 35,37% ID 0,94 vs 0,76, siendo las correlaciones de las mediciones realizadas entre los diferentes profesionales significativas ($p < 0,0001$). Los índices medidos en el TAC/RMN se correlacionaron significativamente con los medidos en la Rx ($p < 0,0001$): IH $r= 0,72$, IC $r= 0,58$, ID $r= 0,47$. La sensibilidad de la Rx para detección de casos quirúrgicos fue 0,8 para el IH, 0,91 para el IC y 1 para el ID, con los siguientes valores predictivos positivos: 0,84; 0,95 y 0,93.

Conclusiones. La Rx es útil para el diagnóstico, monitorización y valoración de la severidad del PE permitiendo el cálculo del IH, IC y ID.

(Oral 5 minutos)

- **¿Infratramos el pectus excavatum? Comparativa entre índice de Haller con índices de corrección y depresión.** Güizzo J, Laín Fernández A, García Martínez L, Giné Prades C, Carreño JC, Leganés Villanueva C, López Paredes M. *Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. En los últimos años nuevos índices están en auge en la evaluación del pectus excavatum (PE). El objetivo de nuestro estudio es comparar la indicación quirúrgica establecida por el clásico índice de Haller (IH) con el índice de Corrección (IC) y de Depresión (ID).

Métodos. Estudio retrospectivo (2010-2017) de los estudios por TC/RMN de los pacientes con PE valorados en consultas externas. Se realizaron 2 mediciones de cada índice (adjunto y residente). Dado que la indicación quirúrgica del PE está establecida internacionalmente en IH superiores a 3,25, valoramos los IC e ID en 2 grupos: estudios con IH inferiores y superiores a 3,25. Tras revisión de la literatura decidimos considerar $IC > 20\%$ e $ID > 0,2$ indicativos de corrección.

Resultados. Se realizaron 81 estudios en 77 pacientes, edad media 12 años. La correlación entre las medidas realizadas por el adjunto versus el residente fue significativa: IH $r= 0,942$ ($p < 0,0001$), IC $r= 0,862$ ($p < 0,0001$), e ID $r= 0,762$ ($p < 0,0001$). Veinticinco estudios mostraban un $IH < 3,25$: 21 (84%) tenían $IC > 20\%$ y 24 (96%) $ID > 0,2$, ambos indicativos de cirugía. Cambiando el límite de IC a 10% (propuesto por St. Peters 2011), los 25 pacientes tendrían que haber sido operados. Cincuenta-seis estudios mostraban un $IH > 3,25$: 1 (1,78%) presentaba un $IC < 20\%$, y 3 (5,35%) un $ID < 0,2$.

Conclusiones. Siguiendo el criterio publicado para los nuevos índices, los pacientes con PE podrían estar siendo infratratados en un 26% y sobretatados un 3,7%. Un consenso internacional es fundamental para establecer el índice más fiable y sus límites para indicación quirúrgica.

(Oral 5 minutos)

- **Evaluación del pectus excavatum mediante escáner externo 3D ¿Existe correlación entre los índices internos y externos?** Jiménez Arribas P, Laín Fernández A, García Martínez L, Giné Prades C, López Paredes M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El escáner externo 3D (EE3D) permite calcular índices externos útiles para el diagnóstico y seguimiento de las deformidades de la pared torácica. Nuestro objetivo es identificar si existe correlación entre los índices externos y los índices internos calculados mediante TC/RMN.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con pectus excavatum (PE) evaluados mediante EE3D (2017-2018). El Índice de Haller Externo (IHE) y el Índice de Corrección Externo (ICE) obtenidos mediante EE3D fueron comparados con el Índice de Haller (IH) e Índice de Corrección (IC) medidos en TC/RMN. Los pacientes con más de 1 año de diferencia entre TC/RMN y EE3D fueron excluidos. Se calcularon Índices de Correlación estadística mediante “stat-crunch” software.

Resultados. 29 pacientes se realizaron EE3D. 7 fueron excluidos. De los 22 restantes, 14 fueron varones y 8 mujeres (edad media 13 años). Todos presentaban PE severo (media IH = 4,55, media IC = 38%). La mediana de tiempo entre TC/RMN y EE3D fue 6 meses. Se halló correlación significativa entre IC e ICE ($r = 0,65$, $p = 0,0012$), siendo más fuerte en varones ($r = 0,74$) que en mujeres ($r = 0,69$). No se halló correlación entre IH e IHE ($r = 0,37$, $p = 0,09$).

Conclusiones. El EE3D es útil en el diagnóstico y seguimiento del PE. Existe correlación entre CI y ECI por lo que podría sustituir a exploraciones radiológicas repetidas. Es necesario un estudio incluyendo pacientes sin deformidad torácica y con diferentes grados de PE para definir mejor la correlación y establecer equivalencias entre índices internos y externos

(Oral 5 minutos)

- **Compresión de la vena cava inferior en niños con pectus excavatum.** Dore M, Bret M Triana P, Jiménez J, Parrón M, Serradilla J, Encinas JL, Martínez-Martínez L, López-Santamaría M, De La Torre C. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. En casos graves de pectus excavatum (PE), el hundimiento esternal ocasiona distorsión del corazón y grandes vasos. El propósito de este estudio fue determinar si existe compresión de la vena cava inferior (VCI) en estos pacientes.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con PE grave valorados entre 2015 y 2017. Se efectuaron mediciones del diámetro anteroposterior (AP) y transverso de la VCI suprahepática a su paso por el hiato diafragmático en imágenes de RM-cardíaca. Éstas se compararon con las medidas de pacientes a los que se les realizó una RM o TC por otro motivo, ajustando los datos para edad y sexo.

Resultados. De los 81 pacientes, 28 casos y 53 controles, el 63% fueron varones con una edad media de $12,90 \pm 5$ años. Se identificaron diferencias significativas entre los grupos, tanto del diámetro AP como del transverso: $13,30 \pm 75$ mm vs $15,80 \pm 76$ mm ($p = 0,001$) y $28,81 \pm 34$ mm vs $27,10 \pm 89$ mm ($p = 0,045$), respectivamente. Tras ajustar los datos para edad y sexo, estas diferencias solo fueron significativas para el diámetro AP de la VCI en hombres: $12,70 \pm 5$ mm (IC95% 11,66-13,79 mm) vs $16,60 \pm 5$ mm (IC95% 15,69-17,56 mm) ($p = 0,000$). El coeficiente de correlación de Pearson del

diámetro AP con el índice de Haller fue $r = -256$ ($p = 0,01$), lo que demuestra que a mayor índice, menor diámetro AP de la VCI.

Conclusiones. Los varones con un hundimiento esternal grave asocian compresión de la VCI. Estos cambios se correlacionan con la gravedad de la deformidad y podrían justificar algunos síntomas y alteraciones cardiovasculares encontradas en pacientes con PE grave.

(Oral 5 minutos)

- **Análisis de la relación entre rotación esternal y compresión cardíaca en pacientes con pectus excavatum: resultados preliminares.** Redondo Sedano JV¹, Bellía-Munzon G², Martínez J², Nazar Peirano M², Deviggiano A³, Rodríguez-Granillo G³, Delgado Muñoz MD¹, Martínez-Ferro M². ¹Hospital Universitario Doce de Octubre. ²Departamento de Cirugía Pediátrica, Fundación Hospitalaria, Hospital Privado de Niños. ³Departamento de Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética, Diagnóstico Maipu.

Objetivos. Analizar si existe relación entre la rotación esternal y la compresión cardíaca en pacientes diagnosticados de pectus excavatum.

Material y métodos. Estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico de pectus excavatum, valorados con TAC y cardio resonancia magnética de forma preoperatoria. Se analizaron los parámetros de orientación y amplitud de rotación esternal obtenidos en un corte transversal de TAC, y su relación con la compresión cardíaca, estudiada por resonancia magnética en un corte de cuatro cámaras.

Resultados. El estudio incluyó 60 pacientes, con una mediana de edad de 17 años (rango 14 -23 años). La orientación de rotación esternal más frecuente fue la derecha, presente en 33 pacientes (55%), seguida de la orientación izquierda (17 pacientes, 28%). 46 pacientes (76,6%) mostraron compresión cardíaca en la resonancia magnética. La rotación esternal izquierda se asoció con la afectación exclusiva de la pared libre del ventrículo derecho, mientras que la rotación derecha mostró, además, afectación de la unión aurículo-ventricular ($p = 0,005$). Grados de rotación más pronunciados (intervalo entre 16 y 29) presentaron afectación de ambas partes del ventrículo derecho ($p = 0,001$).

Conclusión. La amplitud y la orientación de la rotación esternal se relacionan con la morfología de la compresión cardíaca en pacientes con pectus excavatum.

(Oral 5 minutos)

- **Ecocardiografía transesofágica intraoperatoria: cambios cardiológicos durante la corrección quirúrgica del pectus excavatum.** García Martínez L, Laín A, Giralt G, Dolader P, Ginè C, Villaverde I, López M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. La compresión cardíaca en niños con pectus excavatum (PE) se evalúa habitualmente mediante ecocardiografía transtorácica (ETT) en reposo, aunque la depresión esternal puede dificultar su interpretación. Evaluamos los cambios producidos en las cavidades cardíacas derechas durante la corrección quirúrgica del PE usando la ecocardiografía transesofágica (ETE) intraoperatoria.

Métodos. Estudio prospectivo de pacientes sometidos a cirugía de PE (2017-2018). La compresión cardíaca se evaluó bajo anestesia general con una ETE, antes e inmediatamente después de la corrección quirúrgica. Se midieron cambios en el diámetro telediastólico del ventrículo derecho (DTDVD) y en los diámetros de aurícula derecha (AD) y anillo tricuspídeo (AT).

Resultados. Nueve pacientes con una edad de 14,8 años (12,5-16,6) fueron evaluados. El índice de Haller fue de 4,5 (3,5-6,6) y el índice de corrección de 40,9 (31,7-59,5). La ETT preoperatoria objetivó compresión cardíaca en 2, y fue normal en el resto. Antes de la corrección, la ETE intraoperatoria demostró compresión de cavidades derechas y deformidad del AT en todos los casos. En 8 se realizó cirugía de Nuss (2 barras) y en un caso la técnica de Pectus-Up. Durante la elevación esternal mejoraron los tres parámetros evaluados: el aumento medio del DTDVD, y de los diámetros de AD y AT fue de 6,5 mm (3-11,6), 11,5 mm (0-15,9) y 7,95 mm (0-10), respectivamente.

Conclusiones. La ETT preoperatoria en reposo podría infravalorar la compresión cardíaca en niños con PE. La ETE intraoperatoria permite detectar la compresión de las cavidades cardíacas derechas y su mejoría durante la corrección.

(Oral 5 minutos)

- **Aplicabilidad de la clasificación Clavien Dindo en las complicaciones quirúrgicas del procedimiento de Nuss.** Esteva Miró C, Pérez-Gaspar M, Brun Lozano Na, Álvarez García N, Rojo Díez R, Betancourth Alvarenga JE, Santiago Martínez S, Núñez García B. *Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.*

Objetivos. La intervención de Nuss como tratamiento del Pectus Excavatum es una cirugía segura pero no está exenta de complicaciones. Dindo y Clavien describieron en 1999 una clasificación para registrar complicaciones en cualquier procedimiento quirúrgico, en 2004 la ampliaron y en 2009 publicaron un primer estudio multicéntrico.

Métodos. Presentamos una serie retrospectiva de pacientes afectos de Pectus Excavatum intervenidos entre enero 2010 y enero 2018. La media de edad fue 14,67 años (4-27), con una media de índices de Haller de 6,06 (3,35-14,14) y una media de índices de corrección de 41,2% (16-87%). Se recogen un total de 31 pacientes y su morbilidad asociada a la cirugía de Nuss hasta la retirada de la barra.

Resultados. Se observaron complicaciones leves I-IIIa de la clasificación de Clavien Dindo en el 35,48% de los

pacientes. Se constató seroma en 4 pacientes (12%), de los cuales 1 presentó sobreinfección y otro, dehiscencia de herida. En 6 pacientes se observó movilización de la prótesis y en 1 paciente, edema agudo de pulmón postoperatorio (3%). De los 11 pacientes que presentaron complicaciones, sólo 6 requirieron reintervención: 5 de ellos por movilización de la prótesis y uno por infección no resuelta con antibioterapia endovenosa.

Conclusiones. La clasificación de Clavien Dindo se emplea cada vez más como una forma de unificar los criterios de las complicaciones quirúrgicas permitiendo comparar los resultados obtenidos. Comprobamos que es perfectamente factible y reproducible para reflejar la morbilidad del procedimiento quirúrgico de Nuss y poder compararla con otros grupos.

(Oral 3 minutos)

- **Recidiva en pectus excavatum: ¿qué podemos hacer?** García Martínez L, Laín A, Ginè Carles, López M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El tratamiento de recidivas de pectus excavatum (PE) post-corrección quirúrgica es complejo, no existiendo protocolos de manejo específico. Analizamos pacientes con recidiva de PE y los procedimientos realizados para solucionarla.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de recidivas de PE (2016-2018) que requirieron un segundo procedimiento (reintervención/campana de succión).

Resultados. Cinco pacientes con una edad de 12 años (8-16) precisaron tratamiento por recidiva. La corrección inicial se realizó con una barra retroesternal en 4 (estabilizador unilateral en 3 y bilateral en 1) y por técnica Pectus-up en 1. Las causas de recidiva fueron: retirada prematura de barra por hemotórax y pericarditis (1), retirada prematura de barra en < 8 años (2), desplazamiento progresivo de la barra 1 año post-corrección (1) y movilización de la placa pectus-up (1). Tres casos se manejaron quirúrgicamente realizando toracoscopia para liberar adherencias y retirar el material desplazado. Se realizó elevación esternal y colocaron de 2 barras retroesternales fijadas con puentes laterales bilaterales. No hubo complicaciones, el hundimiento se corrigió completamente y las barras no se han desplazado en ningún caso. Dos pacientes (edad media 9 años) se trataron con campana de succión y siguen bajo tratamiento, mostrando el scanner 3D externo mejoría del hundimiento.

Conclusiones. La reintervención por técnica de Nuss es factible. La elevación esternal intraoperatoria y el abordaje toroscópico para liberar adherencias pueden reducir complicaciones. La colocación de 2 barras con puentes laterales permite corregir el hundimiento y podría minimizar desplazamientos prematuros y futuras recidivas. La campana de succión es una alternativa eficaz en los pacientes más jóvenes.

(Oral 5 minutos)

- **Secuestros pulmonares en paciente pediátrico: ¿existen alternativas a la cirugía?** Melero Guardia L¹, Cano Novillo I¹, López Díaz M¹, Aneiros Castro B¹, Redondo Sedano JV¹, Benavent Gordo MI¹, Gómez Fraile A¹, Melero Guardia L¹, Cano Novillo I¹, López Díaz M¹, Aneiros Castro B¹, Redondo Sedano JV¹, Benavent Gordo MI¹, Gómez Fraile A¹, Tarradó X². ¹Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. ²Hospital San Joan de Deu. Barcelona.

Objetivos. Mostrar nuestra experiencia en cirugía toracoscópica de los secuestros pulmonares y evaluar las ventajas y desventajas que existen frente a las técnicas de embolización.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de secuestro pulmonar en nuestro centro entre 2006-2017. Se recogen las variables: Diagnóstico prenatal y postnatal, edad en la cirugía, complicaciones, tiempo de hospitalización, tiempo de seguimiento y número de consultas hasta alta definitiva. Comparando estos resultados con los publicados sobre embolización en el secuestro pulmonar en niños.

Resultados. La serie incluye 28 pacientes (13 varones: 16 mujeres). Hubo 19 secuestros intralobares y siete extralobares. Se encontró un secuestro intra y extralobar y dos secuestros intraabdominales. El diagnóstico se realizó mediante TAC torácico. El tiempo medio de hospitalización fue de 8,38 días. Tres pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas durante ingreso que precisaron reintervención. En el seguimiento a largo plazo el 58,6% de los pacientes han recibido alta definitiva con una media de 3,11 revisiones en consulta. Comparamos los resultados al revisar la bibliografía de los secuestros pulmonares tratados mediante embolización. Se encuentran diferencias significativas en el tiempo medio hasta el alta 20,6 meses en nuestra serie frente a 55,2 en los tratados mediante embolización. Otros problemas de la embolización son la posibilidad de repermeabilización y la falta de anatomía patológica.

Conclusiones. El tratamiento mediante embolización de los secuestros puede ser una alternativa a la cirugía en casos seleccionados. La cirugía mínimamente invasiva, en el momento actual es la mejor opción para el tratamiento en pacientes pediátricos.

(Oral 3 minutos)

- **Protocolo probabilístico de manejo de cuerpo extraño en vía aérea.** Valdivieso Castro M, Tuduri Limousin Í, Cardenal Alonso-Allende TM, Álvarez Martínez L, Oliver Llinares FJ. Hospital Universitario de Cruces.

Objetivos. Creación de un protocolo de manejo del cuerpo extraño (CE) en vía aérea (VA) basado en una escala de probabilidad.

Métodos. Estudio retrospectivo observacional de pacientes con sospecha de aspiración de CE en 15 años. Los parámetros fueron valorados con un SCORE que contempla atragantamiento presenciado, estridor y sibilancias durante el atragan-

tamiento, hipoventilación unilateral y radiografía alterada. Dicha escala los relaciona con una probabilidad de presencia de CE en VA, donde una puntuación < 1 se asocia a menos de un 10% y > 4 a > 50%. Según la probabilidad se plantea: observación, TC o instrumentación de VA. A continuación se intentó optimizar en función de nuestra casuística.

Resultados. Se analizaron 109 pacientes (mediana 25 meses), identificándose CE en 88, principalmente frutos secos. De las variables predictoras sólo fueron significativas: la hipoventilación unilateral y la radiografía alterada. En nuestra serie se observó la misma probabilidad ascendente entre la escala y la presencia de CE, excepto en la puntuación de 1 que fue del 57%, lo que atribuimos a un sesgo de información. Si el CE no era fruto seco, material inorgánico o hueso, era muy improbable su aspiración (p= 0) por lo que lo incluimos en el SCORE con un -1.

Conclusiones. La aplicación de la escala implicaría la realización de un 7,5% más de TC en pacientes sin CE pero evitando un 8,5% de instrumentaciones de la VA. Nuestros resultados presentan un sesgo de información, propio de un estudio retrospectivo. Actualmente hemos iniciado la implementación prospectiva, invitando a otros centros a realizar un estudio multicéntrico.

(Oral 3 minutos)

TÓRAX 2

Viernes, 25 de mayo, 13:00-14:00 h

Moderadores: Dra. Dolores Delgado Muñoz (Madrid),
Dr. Eduardo López Candel (Almería)

- **Traqueotomía en paciente pediátrico: resultados según la indicación.** Melero Guardia L, Antón-Pacheco JL, Morante Valverde R, López Díaz M, Aneiros Castro B, Redondo Sedano JV, Benavent Gordo MI, Gómez Fraile A. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Mostrar nuestra experiencia en la realización de traqueotomías en una Unidad multidisciplinar de vía aérea.

Métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes sometidos a traqueotomía en el periodo 2008-2017. Se recogieron las variables: datos demográficos, edad, indicación, técnica quirúrgica, complicaciones, tasas de decanulación, y mortalidad. Además, estas dos últimas variables se compararon estadísticamente en función de la indicación concreta.

Resultados. 104 pacientes se incluyeron en la serie con una edad media en la traqueotomía de 2,8 años (rango, 3 días-15 años). La técnica quirúrgica más frecuente fue la de Cotton en el 87,5%. Las indicaciones se clasificaron en 5 grupos: (1) Obstrucción de la vía aérea (n= 64); (2) patología respiratoria adquirida (n= 15); (3) patología respiratoria congénita (n= 5); (4) patología neurológica adquirida (n= 15); y (5) patología neurológica congénita (n= 5). La tasa de decanulación glo-

bal fue 49% y el tiempo medio hasta la decanulación 1,6 años. La tasa de decanulación en cada grupo fue: 68,6%, 63,6%, 0%; 50%; y 0%, respectivamente ($p=0,0137$). Las complicaciones más frecuentes fueron fistula traqueocutánea persistente (14,4%), granuloma y colapso supraestomal (5,7%). La mortalidad global fue 15,3%, y en cada grupo: 6,2%, 20%, 40%, 33,3% y 40%, respectivamente ($p=0,0128$). En un solo paciente el fallecimiento estuvo relacionado con la traqueostomía.

Conclusiones. La traqueotomía es una intervención relativamente frecuente en nuestro contexto debido a la tipología de pacientes que tratamos. Las tasas de decanulación y mortalidad están relacionadas significativamente con la indicación concreta del procedimiento.

(Oral 5 minutos)

- **¿Deben tratarse las fístulas arteriovenosas pulmonares en pacientes pediátricos?** Guillén G, López-Fernández S, Molino JA, Pérez-Lafuente M, Moreno A, López M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Las indicaciones terapéuticas en las fístulas arteriovenosas pulmonares (FAVP), en especial en edad pediátrica, no están bien definidas. Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia con esta patología.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con FAVP valorados en un centro pediátrico terciario entre los años 2013-2017, con especial atención al diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismos.

Resultados. Siete pacientes fueron diagnosticados de FAVP a una media de edad de 11,1 años (0,4-18,8). Entre las comorbilidades destacaban: telangiectasia hemorrágica hereditaria (1), estenosis de venas pulmonares (1), malformación de Abernethy (1) y metástasis pulmonares de tumor ovárico (1). Cuatro pacientes (57,1%) presentaban clínica respiratoria (2 disnea, 1 tos, 1 dolor torácico) y/o secundaria a complicaciones (1 hemoptisis, 1 absceso cerebral, 1 ictus). Cuatro pacientes fueron tratados mediante embolización endovascular (EE) y 2 de ellos fueron posteriormente intervenidos quirúrgicamente (1 neumonectomía por permeabilización repetida y morbilidad grave asociada tras 4 EE y 1 lobectomía por hipertrofia arterial progresiva tras 2 EE). Los casos tratados no han presentado complicaciones tras un seguimiento de 2,5 años (7 días-4,5 años). Un paciente está pendiente de EE. De los pacientes no tratados, uno falleció (FAVP generalizadas bilaterales) por crisis de hipertensión pulmonar y fallo cardíaco y en el otro caso se perdió el seguimiento.

Conclusiones. El tratamiento de las FAVP en pacientes pediátricos debe plantearse incluso en pacientes asintomáticos, ya que el riesgo de complicaciones graves es muy elevado. La EE constituye la primera opción terapéutica, pero la exéresis quirúrgica puede ser necesaria en determinados pacientes.

(Oral 5 minutos)

- **Linfangiografía intranodal en quilotórax pediátrico, una herramienta diagnóstica y terapéutica.** Jiménez Gómez J, Gómez Cervantes JM, Núñez Cerezo V, Amesty Morello V, Ponce Dorrego MD, Nava Hurtado de Saracho FB, Martínez Martínez L, López Gutiérrez JC. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El quilotórax secundario es una entidad rara con una alta morbilidad. La embolización del conducto torácico (CT) mediante linfangiografía intranodal (LI) con aceite etiodizado (AE) forma parte del arsenal terapéutico del quilotórax en el adulto. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica en pacientes pediátricos con quilotórax refractario al tratamiento médico.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro por quilotórax refractario con LI en los últimos 4 años. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y linfangiográficos.

Resultados. Se identificaron 4 pacientes, con unas medianas de edad y peso de 2,5 meses (1-16) y 4,25 kg (2,8-10) respectivamente. En 3 de los pacientes el quilotórax fue secundario a cirugía cardíaca y en el restante a trombosis extensa de vena cava superior. La mediana de débito fue de 46 ml/kg/día (19-64) y la de tiempo de tratamiento médico de 47 días (13-56). En todos ellos se realizó LI, opacificándose el CT solo en un paciente, sin lograrse la embolización. A pesar de ello, tras la LI, el quilotórax cesó en el grupo postquirúrgico independientemente del nivel de opacificación del árbol linfático. En el paciente secundario a trombosis, se realizó ligadura quirúrgica del CT 6 días después del estudio.

Conclusiones. La LI es una técnica diagnóstica e incluso terapéutica en casos de quilotórax refractario, que comienza a ser necesaria y realizable en centros con experiencia. El AE parece sellar la fuga linfática por un mecanismo embolizante en casos postquirúrgicos, eliminando la necesidad del cierre quirúrgico.

(Oral 5 minutos)

- **Simpatectomía toracoscópica izquierda para el tratamiento de segunda línea de las arritmias ventriculares.** González Ruiz Y, Escartín Villacampa R, González Esqueda A, Pisón Chacón J, Siles Hinojosa A, Domínguez García C, Jiménez Montañés L. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. La simpatectomía izquierda se considera el tratamiento de segunda línea en los pacientes con arritmias ventriculares refractarias al tratamiento médico, como el síndrome QT largo congénito (SQLC) o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC). El objetivo de nuestro estudio es mostrar los resultados obtenidos en nuestros primeros casos.

Métodos. Presentamos 3 pacientes diagnosticados de arritmias ventriculares tipo TVPC, refractarios al tratamiento

médico. En uno de ellos se realizó ablación por radiofrecuencia. A todos los pacientes se les realizó una simpatectomía toracoscópica izquierda de la cadena simpática de T2 a T4 como tratamiento de segunda línea.

Resultados. La edad media de los casos fue de 10,7 años [rango 8,75-12 años]. El tiempo de ingreso medio fue de 3,33 días [rango 1-5]. La evolución postoperatoria fue buena, no presentando ninguno de los pacientes nuevos síncope secundarios a la TVPC ni extrasístoles en el Holter implantable. No encontramos complicaciones intraoperatorias. A medio plazo, uno de los pacientes presentó un síndrome de Horner temporal, que cedió a los 2 meses, y otro de los pacientes una hiperhidrosis contralateral compensatoria de la extremidad superior. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 19,7 meses [rango 7-29].

Conclusiones. La simpatectomía izquierda es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de segunda línea de las arritmias ventriculares. Se trata de una técnica mínimamente invasiva con buenos resultados en pacientes sintomáticos. Por lo tanto, consideramos que debe incluirse como tratamiento en aquellos pacientes con arritmias ventriculares refractarias al tratamiento médico convencional.

(Oral 3 minutos)

- **Experiencia con tornillo de tracción para elevación esternal previa al procedimiento de Nuss en pacientes con pectus excavatum extremos.** Núñez B, Brun N, Esteva C, Pérez-Gaspar M, Betancourth JE., Álvarez N, Rojo R, Santiago S. *Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell.*

Objetivos. El pectus excavatum severo se caracteriza por la existencia de una distancia extremadamente reducida entre el esternón y los cuerpos vertebrales, que se traduce por Índices de Corrección y de Haller muy elevados. Esto conlleva una notable morbilidad potencial en el momento de pasar la “espada” durante el procedimiento de Nuss. La elevación esternal previa es una solución ideal en estas situaciones, y con tal fin, existen descritos diversos métodos en la literatura. Presentamos nuestra experiencia con un tornillo tractor elevador.

Métodos. Entre enero de 2017 y Enero 2018 se han intervenido 5 pacientes en nuestro centro con pectus excavatum muy severos, con una media de Índices de Haller de 11,9 (9,8-14,5) e Índices de Corrección de 68,4% (59-87,8%). En todos ellos se ha implantado un tornillo tractor en el esternón al inicio de la cirugía y que ha servido para elevarlo progresivamente traccionando y efectuando contratracción sobre una placa ovalada colocada sobre el tórax. Una vez reducido el hundimiento, con un esternón que se ha reconducido a la normalidad, total, o parcialmente, se realizó la técnica de Nuss sin complicaciones peroperatorias.

Resultados. Mediante este procedimiento complementario, se ha conseguido en todos los pacientes con importantes hundimientos esternales, la reposición ortotópica del esternón previa al procedimiento de Nuss.

Conclusiones. Consideramos este método de elevación esternal con tornillo tractor elevador, un buen complemento en pacientes con hundimientos esternales extremos, de cara a reducir los riesgos potenciales inherentes a la técnica quirúrgica descrita por Nuss.

(Oral 3 minutos)

- **Secuestro pulmonar intradiafragmático: diagnóstico intraoperatorio mediante abordaje mínimamente invasivo.** Martín Giménez MP, Laín A, García Martínez L, Giné C, Barila P, Aguilera Pujabet M, López Paredes M. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Los secuestros pulmonares extralobares (SPE) se localizan con más frecuencia en el tórax y, ocasionalmente, en la cavidad abdominal. Su localización intradiafragmática es extremadamente inusual. Presentamos el caso de un SPE intradiafragmático abordado

Métodos. Paciente de 5 años con diagnóstico prenatal de secuestro pulmonar en lóbulo inferior izquierdo (LII). Postnatalmente la paciente permaneció asintomática y se realizaron pruebas complementarias para completar estudio: la ecografía torácica y tomografía computerizada (TC) revelaron una lesión en la cara postero-medial del LII de 33 × 19 × 38 mm irrigada por un vaso sistémico procedente de la aorta abdominal. No fue posible identificar drenaje venoso. Con el diagnóstico preoperatorio de secuestro pulmonar intralobar se procedió a realizar una lobectomía inferior izquierda toracoscópica. Sin embargo, intraoperatoriamente se objetivó un LII de características macroscópicas normales sin evidenciar el vaso sistémico. Finalmente se halló una lesión confinada al hemidiafragma izquierdo. Tras la disección de una fina capa muscular diafragmática, se consiguió aislar por completo el SPE e identificar y seccionar los vasos sistémicos procedentes de la aorta, logrando la resección toracoscópica completa.

Resultados. La paciente evolucionó favorablemente y el estudio anatomopatológico evidenció una lesión híbrida: complejo secuestro-malformación adenomatoide quística tipo II.

Conclusiones. El diagnóstico preoperatorio del SPE intradiafragmático es difícil, por lo que habitualmente es un hallazgo intraoperatorio. La resección de este tipo de lesiones usando un abordaje mínimamente invasivo es factible. Además, en caso de no encontrar la lesión en la localización esperada, permite una minuciosa exploración torácica, abdominal o combinada, con mínima morbilidad.

(Video 5 minutos)

- **Timectomía toracoscópica: tratamiento eficaz de baja morbilidad en miastenia gravis juvenil.** Jiménez Gómez J, Gómez Cervantes JM, Núñez Cerezo V, Serradilla Rodríguez J, Álvarez Barrial M, Martínez Martínez L, Leal Hernando, Olivares Arnal P, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La Miastenia Gravis Juvenil (MGJ) es una enfermedad rara con indicación quirúrgica en aquellos pacientes refractarios al tratamiento médico. La timectomía toracoscópica ha permitido ampliar las indicaciones al evitar la morbilidad asociada a la esternotomía. Presentamos un caso de timectomía toracoscópica realizado en nuestro centro.

Métodos. Paciente de 8 años diagnosticada el año previo de MGJ seropositiva grado IIIB, sin masas tímicas en TC torácico y con síndrome de Cushing secundario al tratamiento corticoideo. Dado el aumento del número de crisis pese al tratamiento, se decidió timectomía toracoscópica.

Resultados. Preoperatoriamente, se administraron inmunoglobulinas y corticoides intravenosos para prevenir crisis miasténicas o adrenérgicas intraoperatorias. Tras colocación de tubo endotraqueal de doble luz para ventilación selectiva, con la paciente en decúbito supino a 30°, se accedió mediante 3 puertos de 5mm al hemitórax derecho y se produjo capnotórax. Se identificó el nervio frénico y se abrió la pleura mediastínica disecándose el timo de caudal a craneal prestando especial cuidado a los vasos tímicos y la vena innominada. El órgano se extrajo íntegro en bolsa. No fue necesaria la colocación de tubo de tórax y la paciente se extubó en quirófano sin incidencias. Al quinto día postoperatorio, fue dada de alta, sin presentar crisis durante el ingreso. Tras un año de seguimiento, la piridostigmina se pudo reducir al 50% de su dosis habitual y los corticoides disminuyeron hasta 0,2 mg/día, resolviéndose el síndrome de Cushing.

Conclusiones. La timectomía toracoscópica es un tratamiento eficaz de baja morbilidad en pacientes con MGJ refractaria a tratamiento médico.

(Video 5 minutos)

- **Uso intraoperatorio de elevación esternal mecánica mediante grúa para la reparación toracoscópica de pectus excavatum.** Bueno A¹, Bellía-Munzon G², Serradilla J¹, Martínez JL², Nazar-Peirano M², de la Torre CA¹, Barrial M¹, Nava FB¹, Delgado C¹, Muñoz AJ¹, López-Santamaría M¹, Martínez-Ferro M². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital La Paz, Madrid. ²GCP-Fundación Hospitalaria de Niños. Buenos Aires.

Objetivos. El pectus excavatum (PE) es la malformación congénita torácica más frecuente y en ocasiones ha de ser tratada quirúrgicamente. Durante el procedimiento de reparación toracoscópica el momento crítico corresponde al paso del introductor a través del mediastino anterior sin lesionar el corazón. En casos graves puede ser muy difícil y arriesgado.

Métodos. Presentamos un dispositivo mecánico diseñado para elevar la pared torácica durante la reparación quirúrgica de PE de forma efectiva y segura mediante tracción continua y controlada del esternón.

Resultados. Este dispositivo ha sido empleado en 45 pacientes desde septiembre de 2016 (5 mujeres y 40 varones) de edades comprendidas entre 9 y 30 años (media de 17,9).

El Índice de Haller preoperatorio se encontraba entre 3,3-12,8 (media 5,8) y el Índice de Corrección entre 75,8% y 12% (media 35,9%). La elevación esternal fue confirmada toracoscópicamente y permitió pasar el mediastino anterior sin lesionar el corazón u otras estructuras nobles en el 100% de los pacientes. El uso de la grúa permite la corrección del defecto antes de colocar los implantes, facilita la planificación y modificación intraoperatoria de su posición y previene la deformación de los mismos. Además, al disminuir la presión del esternón, limita los riesgos de desgarros musculares y fracturas condro-costales, lo que se traduce en mejores resultados.

Conclusiones. El uso intraoperatorio de la grúa de tracción es seguro y efectivo, en el presente vídeo presentamos los detalles técnicos de su utilización.

(Video 5 minutos)

MISCELÁNEA TÓRAX/DIGESTIVO.

Viernes, 25 de mayo, 15:30-16:30 h

Moderadores: Dra. Eloísa Díaz Moreno (Almería),
Dr. Michael Berger (Alemania)

- **Reoperación toracoscópica de una atresia de esófago long-gap con estenosis recurrente a dilataciones seriadas.** Aneiros Castro B¹, Cano Novillo I¹, García Vázquez A¹, Moreno Zegarra Cecilia², De Miguel Moya M¹, Meller Guardia L¹, López Díaz M¹, Morante Valverde R¹, Benavent Gordo M¹, Gómez Fraile A¹. ¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario de Salamanca.

Objetivos. La estenosis esofágica afecta al 9-45% de los pacientes intervenidos de atresia de esófago. En ocasiones el tratamiento habitual mediante dilataciones seriadas es ineficaz, precisándose reintervención mediante toracotomía o sustitución esofágica. La cirugía toracoscópica es una alternativa para la resolución de esta complicación.

Métodos. Presentamos una paciente con diagnóstico inicial de atresia de esófago tipo I. Se practicó gastrostomía en los primeros días de vida. A los 3 meses de se realiza anastomosis esofágica mediante abordaje toracoscópico. Al mes siguiente es diagnosticada de fístula traqueoesofágica congénita en bolsón superior esofágico, membrana duodenal incompleta y reflujo gastroesofágico, por lo que se realiza, cierre de fístula mediante cervicotomía, gastroplastia, funduplicatura y duodenoyeyunostomía, rehaciéndose la gastrostomía. Presentó estenosis esofágica recurrente que precisa múltiples dilataciones. Se realizó tratamiento con Mitomicina C y colocación de dos prótesis esofágica sin resultados satisfactorios.

Resultados. A los 2 años de edad se decide intervención quirúrgica, realizándose resección de estenosis y nueva anastomosis esofágica mediante abordaje toracoscópico. El postoperatorio transcurre con normalidad. En la endoscopia de control se objetiva buen calibre esofágico, sin precisar nuevas dilataciones.

Conclusiones. El abordaje toracoscópico para la resección de las estenosis esofágicas refractarias a tratamientos endoscópicos en pacientes con atresia de esófago es seguro y efectivo. *(Video 5 minutos)*

- **Tratamiento endoscópico del bolsón traqueal: quimio-cauterización con ácido tricloroacético.** Barila Lompe P, Laín Fernández A, Gine Prades C, García Martínez L, Martín Giménez M, Martos Rodríguez M, López Paredes M. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El ácido tricloroacético (ATC) se ha utilizado en patologías como la fístula traqueoesofágica congénita y recurrente, y el seno branquial de la fosa piriforme. Sin embargo, nunca se ha descrito su uso en el manejo del bolsón traqueal (BT) residual sintomático tras la reparación de una atresia de esófago (AE). Presentamos nuestro primer caso de tratamiento endoscópico con ATC de un BT sintomático.

Métodos. Niño de 7 años con AE tipo III intervenida en periodo neonatal. Como complicaciones presentó un reflujo gastroesofágico severo que precisó una funduplicatura tipo Nissen a los 2 años, y una traqueomalacia moderada con infecciones respiratorias recurrentes, desarrollando bronquiectasias pulmonares. Ante la tórpida evolución respiratoria, se realizó una broncoscopia flexible objetivando un BT de 2 cm a nivel de la carina con acúmulo de abundante mucosidad. Se realizó una quimiocauterización endoscópica del BT con ATC al 50% seguido de una abrasión de la mucosa con cepillo.

Resultados. No se produjeron complicaciones durante el procedimiento. En el postoperatorio el paciente desarrolló un enfisema subcutáneo y mediastínico leve y autolimitado relacionado con tos intensa postoperatoria. A los 2 meses post-intervención el control broncoscópico mostró una obliteración completa del BT. Desde el procedimiento el paciente no ha requerido nuevos ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias.

Conclusiones. El tratamiento endoscópico mediante ATC al 50% en el BT sintomático parece seguro y efectivo. Representa una alternativa mínimamente invasiva respecto a la resección quirúrgica.

(Video 5 minutos)

- **Metastasectomía pulmonar toracoscópica guiada por marcaje con Tc99m.** de Lucio Rodríguez M, Alonso Calderón JL., Guillén Redondo P, Garcés Visier C, Espinosa Góngora R, Luis Huertas A, Souto Romero H, Espinoza Vega M, Ollero Fresno JC. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Presentación de un caso de metastasectomía pulmonar toracoscópica guiada por marcaje con Tc99m.

Métodos. Mujer de 10 años con antecedente de sarcoma de Ewing diagnosticado a los 8 años. En las pruebas de imagen de control de su enfermedad, se localizó nódulo pulmonar de

8 mm en lóbulo superior de pulmón derecho compatible con metástasis. Se llevó a cabo una metastasectomía mediante abordaje toracoscópico, guiada por marcaje yuxtatesional con Tc99m bajo control con imagen (TC). Para lo cual, el mismo día de la intervención, se procedió al marcaje bajo anestesia general. En quirófano, tras colocación de la paciente en decúbito lateral izquierdo y bajo visión toracoscópica, se introdujo la sonda gamma a través de minitoracotomía. Se localizó la zona de mayor captación y se realizó la resección pulmonar atípica mediante endograpadora. Se colocó un drenaje torácico a través de uno de los puertos.

Resultados. No se produjeron complicaciones intra-ni postoperatorias. La paciente permaneció en UCIP evolucionando favorablemente, pudiéndose retirar el drenaje a las 24 h de la intervención y recibiendo el alta a domicilio a las 48 h.

Conclusiones. El marcaje de metástasis pulmonares con Tc99m inoculado bajo control de imagen es una técnica segura en niños, que facilita la localización de lesiones de pequeño tamaño y/o no periféricas, haciendo posible su exéresis mediante técnicas mínimamente invasivas. Esta técnica permite una alta precisión, con un rango de tiempo para realizar el procedimiento quirúrgico mayor que el arponaje (hasta 48 h tras el marcaje), lo que supone grandes ventajas especialmente en edad pediátrica.

(Video 5 minutos)

- **Nuevos parámetros de impedanciometría en el estudio de esofagitis por reflujo gastroesofágico.** Ortola P, Carazo ME, Ibáñez V, Vila JJ. *Hospital Universitario Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. La Línea Basal de Impedanciometría (LBI) se ha propuesto como un buen predictor de Esfagitis Erosiva (EE) y Esfagitis Histológica (EH) en pacientes con Reflujo Gastroesofágico (RGE). El Índice de Onda Peristáltica Post-reflujo (IOPP) se ha usado en adultos para mejorar el rendimiento diagnóstico de LBI. Nuestro objetivo es comprobar si el IOPP incrementa la capacidad diagnóstica de la LBI para esofagitis en niños.

Métodos. Investigación retrospectiva en la que se incluyeron pacientes pediátricos con RGE estudiados mediante impedanciometría y endoscopia digestiva alta. Se registraron la LBI y el IOPP de todos los pacientes; los resultados principales fueron la EE y la EH. Primero se calculó la capacidad de LBI para diagnosticar EE y EH mediante curvas ROC (*Receiver Operator Characteristics*); posteriormente se estudió la utilidad conjunta de LBI e IOPP para diagnosticar EE y EH utilizando regresión logística más curvas ROC.

Resultados. Se incluyeron 34 pacientes. De ellos, 8 presentaron EE y 21 presentaron EH. El rendimiento diagnóstico de LBI de forma aislada fue de 0,85 (IC 95%= 0,72-0,98) para EE y de 0,77 (IC 95%= 0,62-0,93) para EH. El rendimiento conjunto de LBI e IOPP fue de 0,86 (IC 95%= 0,73-0,99) para EE y de 0,83 (IC 95%= 0,69-0,97) para EH.

Conclusiones. La utilización conjunta de LBI e IOPP incrementó el rendimiento de LBI para esofagitis, sobre todo en esofagitis histológica. Estos parámetros de impedanciometría podrían utilizarse como ayuda en el manejo de pacientes con RGE.
(Oral 5 minutos)

- **REG en AE/FTE: algunas complicaciones durante la anastomosis primaria pueden estar relacionadas con la necesidad de funduplicatura.** Martos-Rodríguez M, Giné Prades C, Laín Fernández A, García Martínez L, Leganés Villanueva C, Barila Lompe P, Martín Giménez MP, López Paredes M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. La funduplicatura en pacientes con atresia de esófago (AE/FTE) tiene una alta tasa de fracaso debido, principalmente, a la menor longitud del esófago y a su dismotilidad inherente. Dado que las complicaciones durante la anastomosis primaria pueden influir en estas causas, nuestro objetivo fue correlacionarlas con la necesidad de funduplicatura.

Métodos. Análisis unicéntrico retrospectivo de pacientes con AE/FTE que se beneficiaron de una funduplicatura durante un período de 7 años. Las variables fueron: complicaciones tras la anastomosis primaria (estenosis precoz, fuga), necesidad de funduplicatura y complicaciones (recurrencia, migración de la valva, reintervención). Para el análisis estadístico se utilizaron tablas de contingencia y Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados. De un total de 73 AE/FTE, 62 pacientes fueron evaluados excluyendo aquellos con substitución esofágica y muerte neonatal. Se hallaron 29 (46,8%) anastomosis complicadas. 37 (59,7%) pacientes presentaban reflujo y en 18 (29%) se indicó funduplicatura. La edad media en la intervención fue 4,21 años. Se hallaron 11 complicaciones en 6 (33,3%) pacientes: migración de la funduplicatura en 5 (27,7%) y recurrencia del reflujo en 6 (33,3%). 4 (22,2%) pacientes requirieron REDO. Entre los pacientes con o sin funduplicatura, la tasa de estenosis fue 44,4% vs 20,5% ($p=0,05$) y de fuga 16,7% vs 20,5% (NS). Comparando las complicaciones en las anastomosis primarias, no se hallaron diferencias entre las funduplicaturas que fracasaron y aquellas que resultaron exitosas (NS).

Conclusiones. La estenosis precoz de la anastomosis primaria parece estar relacionada con la necesidad posterior de funduplicatura en pacientes con AE, pero no con su potencial fracaso.

(Oral 5 minutos)

- **Laparoscopia en el quiste de colédoco: nuestra experiencia tras 8 años.** Giménez-Aleixandre MC, Aranda-García MJ, Sánchez-Morote JM, Villamil V, Sánchez-Sánchez Á, Montoya-Rangel CA, Hernández-Bermejo JP. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. Evaluación de los resultados a medio plazo de los quistes de colédoco intervenidos en nuestro centro desde que se introdujo el abordaje laparoscópico para esta patología.

Métodos. Revisión retrospectiva de los casos de quistes de colédoco intervenidos en nuestro centro en los últimos 8 años, analizando técnica, complicaciones intraoperatorias, precoces y tardías y estancia hospitalaria postquirúrgica.

Resultados. Se intervinieron un total de ocho pacientes con una edad media de 4,3 años (3 meses-11 años). Cuatro pacientes (50%) permanecían asintomáticos al diagnóstico, dos por diagnóstico prenatal y otros dos por hallazgo casual al realizar ecografía por otro motivo. Un paciente presentaba dolor abdominal recurrente (12,5%) y tres debutaron con pancreatitis (37,5%). A todos los pacientes se les realizó una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, en uno de ellos mediante laparotomía debido al gran tamaño del quiste, y en los siete restantes de forma laparoscópica. En el paciente de menor peso la anastomosis hepático-yeyunal se realizó a través de laparotomía tras hacer la disección del quiste laparoscópicamente. En ningún caso hubo complicaciones intraoperatorias. Como complicaciones precoces destacan dos fístulas biliares (25%) con resolución precoz espontánea y dos ascitis quillosas (25%) resueltas tras establecer alimentación con triglicéridos de cadena media. En ninguno de los pacientes se han objetivado complicaciones tardías, como colangitis o estenosis de la anastomosis. El tiempo medio de hospitalización fue de 10,5 días (8-14 días).

Conclusiones. La intervención laparoscópica del quiste de colédoco en niños es una técnica segura con resultados satisfactorios a corto-medio plazo.

(Oral 3 minutos)

DIGESTIVO 2

Viernes, 25 de mayo, 16:30-17:15 h

Moderadores: Dr. Juan Carlos Valladares Mendías (Sevilla), Dra. Nuria Albertos Mira-Marceli (Alicante)

- **Resultado funcional tras Pull-through transanal endorectal tipo Soave asistido o no por laparoscopia en la enfermedad de Hirschsprung.** Barila Lompe P, Giné Prades C, Laín Fernández A, García Martínez L, Martín Giménez M, Martos Rodríguez M, López M. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Estudios recientes cuestionan la efectividad del Pull-through transanal endorectal tipo Soave (TEPT) para la enfermedad de Hirschsprung (EH) dado el riesgo elevado de incontinencia fecal. Nuestro objetivo es evaluar estas complicaciones y el resultado funcional a largo plazo según Rintala.

Métodos. estudio observacional retrospectivo de niños operados por TEPT entre 2008-2017. Criterios de inclusión: extensión rectosigmoidea, TEPT sólo o asistido por laparoscopia, sin cirugía abdominal previa excepto colostomía y TEPT realizado en nuestro centro. Las complicaciones postoperato-

rias se clasificaron de acuerdo con Clavien Dindo (CDC) y el resultado funcional a largo plazo se evalúa en > 4 años con la escala de Rintala (RBFS) a través de una entrevista telefónica.

Resultados. De una cohorte de 47 pacientes con EH, 27 cumplían los criterios de inclusión. 21 pacientes fueron sometidos a TEPT sólo y 6 asistidos por laparoscopia. La tasa de complicaciones inmediatas fue del 25,92%: perianitis 22%, enterocolitis del 3,7% y estenosis del 3,7%. La tasa de complicaciones tardías fue del 22,22%: suboclusión 7,4%, perianitis 7,4%, prolapso rectal 3,7% y estenosis 3,7%. Todas las complicaciones fueron grado I-II según CDC. Se realizó el cuestionario RBFS a 19 pacientes con una puntuación media de 16 (rango 0-20). Se obtiene un 57,9% de Soiling junto con 31,5% de accidentes graves. Porcentaje de estreñimiento fué del 15,7%. El tiempo medio de seguimiento fue de 3,6 años.

Conclusiones. No se observaron más complicaciones en el TEPT. La incontinencia afecta a uno de cada tres pacientes. No obstante, la función intestinal permanece conservada.

(Oral 3 minutos)

- **Irrigación transanal en pacientes con estreñimiento e incontinencia orgánica refractaria. Resultados, indicaciones y seguimiento en nuestro centro.** Giménez-Alexandre MC, Ruiz-Pruneda R, Sánchez Morote JM, Fernández-Ibieta M, Villamil V, Sánchez-Sánchez Á, Montoya-Rangel CA, Hernández-Bermejo JP. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. Presentar nuestros resultados con el uso del irrigador transanal (IT) en el manejo intestinal de pacientes con incontinencia fecal o estreñimiento sin respuesta a otros tratamientos.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con estreñimiento y/o incontinencia fecal refractaria tratados con IT (2013-2017). Se realizó cuestionario validado (Rintala) por vía telefónica, comparando resultados pre y post-tratamiento.

Resultados. Fueron incluidos en el estudio veinticinco pacientes, mediana de edad 13 años (6-44 años), cuatro no localizables. Diecinueve presentaban patología medular (76%), cuatro cirugía colorrectal (16%) y dos estreñimiento funcional (8%). El 20% aquejaba incontinencia, 12% estreñimiento y 68% ambas condiciones. Tras una mediana de seguimiento de 1,5 años (1 mes-4 años), el 52% abandonó el tratamiento. La puntuación media pre-tratamiento fue 6,8 (\pm 4), frente a 11,42 (\pm 2,75) tras su empelo ($p=0,001$), disminuyendo número de escapes con repercusión positiva en actividades diarias. Las complicaciones principales fueron dolor (68%) y expulsión del balón (28%). Refrrieron como causa de abandono: dificultad de uso por movilidad reducida (15%), miedo o desinformación (32%) y dolor (76%). El 100% de pacientes con movilidad reducida ($n=3$) abandonó el tratamiento, frente al 45% ($n=12$) en el resto ($p=0,17$), OR 8,3 [IC95% 0,3-38]. El 55% de los pacientes dejaron de utilizar laxantes, enemas o extracción digital.

Conclusiones. El uso de IT parece mejorar la calidad de vida en pacientes con estreñimiento e incontinencia de causa orgánica refractaria. La tasa de abandono fue mayor de la esperada, por lo que creemos necesaria la creación de un grupo de apoyo que mejore el seguimiento.

(Oral 3 minutos)

- **Sistema de irrigación transanal (TAI) en el manejo de la incontinencia fecal y encopresis crónica.** Casal Beloy I, Míguez Fortes L, García González M, Dargallo Carbonell T, Somoza Argibay I. *Hospital Materno Infantil A Coruña.*

Objetivos. Evaluar la eficacia y satisfacción de la autoirrigación transanal en pacientes con disfunción intestinal.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con disfunción intestinal secundaria a espina bífida o atresia anal intervenida, subsidiarios de utilizar TAI por falta de respuesta al tratamiento convencional. Registramos el tiempo empleado en la evacuación intestinal, el volumen y frecuencia de las irrigaciones, y las complicaciones de su uso. Evaluamos la eficacia del TAI y comparamos la disfunción previa y posterior a su utilización, incluyendo la escala validada NBD (de severidad de la disfunción intestinal) y una escala de satisfacción.

Resultados. Utilizamos el sistema en 11 pacientes. Nueve presentaban mielodisplasia y 2 malformación anorrectal. La edad media de uso fue 9,4 años y el tiempo de seguimiento medio 53 meses ($R=4-180$). El volumen medio de las irrigaciones fue de 695,45 ml ($R=200-1000$). El tiempo medio empleado fue de 36 minutos cada 3,6 días. Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en cuanto a la severidad de la disfunción intestinal, antes y después del tratamiento, (pasando de severidad media de “severa” a “muy leve”). La puntuación media obtenida en la escala de satisfacción pre-tratamiento fue de 2,91 sobre 10 y post-tratamiento de 8,55 sobre 10, (siendo 0: insatisfecho, 10: completamente satisfecho) ($p < 0,001$).

Conclusiones. El TAI parece una opción eficaz en el manejo de la disfunción intestinal con incontinencia fecal y encopresis crónica. Su uso ha mostrado una mejoría evidente en la calidad de vida de los pacientes y en la severidad de su clínica.

(Oral 3 minutos)

- **Esofagitis eosinofílica en pacientes con atresia de esófago. ¿Existe una asociación?** Martín Giménez MP¹, García Martínez L¹, Giné C¹, Laín A¹, Álvarez M¹, Segarra Ó¹, Molino JA¹, Bordón E², López Paredes M¹. ¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitari Josép Trueta. Girona.

Objetivos. La esofagitis eosinofílica (EEO) es una entidad relativamente nueva y parece ser más prevalente en pacientes con atresia esofágica (AE). Puede simular clínica atribuible al

reflujo gastroesofágico (RGE) y disfagia, síntomas frecuentemente observados en pacientes con AE. Sin embargo, su manejo y tratamiento son diferentes.

Métodos. Estudio retrospectivo (2002-2017) de pacientes con AE sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA) con toma de biopsias esofágicas. La EDA se realizó en pacientes sintomáticos y en todos aquellos > 12 años. El criterio diagnóstico para EEO fue > 15 eosinófilos/campo de gran aumento en mucosa esofágica.

Resultados. De 100 pacientes con AE, 27 perdieron seguimiento. De los 73 restantes, se realizó EDA en 48 (65,7%), por disfagia (33,3%) o por estudio de RGE (66,6%). Se realizaron biopsias esofágicas en 27 (56,2%), resultando positivas para EEO en 6 (22,2%). La media de edad al diagnóstico de EEO fue 10 + 2,1 años. La EDA se realizó por síntomas de RGE (4) o disfagia (2). En 2 casos se había realizado una cirugía antirreflujo pero persistían discretamente sintomáticos, y en 4 el estudio de RGE con phmetría y esofagograma evidenció mínimo RGE o fue normal. Macroscópicamente se evidenció mínima esofagitis distal (2), exudados blanquecidos (2) y mucosa sin alteraciones (2). Macroscópicamente se evidenció.

Conclusiones. Los pacientes con AE parecen presentar mayor riesgo de desarrollar EEO antes de la pubertad. El seguimiento de niños con AE no solo debe centrarse en el estudio de RGE, sino también en descartar EEO tomando biopsias esofágicas, aún cuando macroscópicamente no se evidencien alteraciones.

(Oral 5 minutos)

- **Medición del índice de estenosis de la anastomosis esofágica como predictor de dilatación tras la corrección quirúrgica de la atresia esofágica.** Ordóñez Pereira J, Pérez-Egido L, García-Casillas Sánchez MA, Fanjul Gómez M, Fernández Bautista B, de la Torre Macías M, Trapero Ovejero A, Cerdá Berrocal JA, del Cañizo López A, Peláez Mata D, Molina Hernando EE, de Agustín Asensio JC. *HGU Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La estenosis esofágica es la complicación más frecuente tras la corrección de la atresia esofágica (AE). El objetivo de este estudio es el análisis de los Índices de Estenosis (IE: relación entre los diámetros del bolsón y de la estenosis en el esofagograma postoperatorio) como predictores de la necesidad de dilatación esofágica (DE).

Métodos. Se diseña un estudio retrospectivo incluyendo los niños con AE sometidos a anastomosis esofágica en nuestro centro entre 2009 y 2017, calculando los IE del bolsón superior (APSup-IE) e inferior (APInf-IE) en una proyección anteroposterior del primer y segundo esofagograma postoperatorio. Para el análisis estadístico, se ha empleado el test de correlación de Spearman y las curvas ROC.

Resultados. Se incluyeron 29 pacientes: 20 precisaron DE (69%), y 11 de ellos 3 o más DE (38%). No se demuestra relación estadísticamente significativa entre los IE del primer

esofagograma con la necesidad de DE ($p > 0,05$). Existe relación entre el APSup-IE ($r = 0,8$, $p < 0,001$) y el APInf-IE ($r = 0,66$, $p < 0,001$) en el segundo esofagograma con el número de DE. Se calcularon valores de corte mediante curvas ROC: ningún paciente con APSup-IE < 0,55 o APInf-IE < 0,39 requirió DE, y todos los pacientes con APSup-IE > 0,79 requirieron DE. Ningún paciente con APSup-IE entre 0,55-0,77 necesitó más de 3 DE.

Conclusiones. Según los resultados de nuestro estudio, la medición de IE en el segundo esofagograma constituye una herramienta útil para predecir el manejo postoperatorio en pacientes con AE, especialmente en la identificación de aquellos con menor riesgo de someterse a múltiples DE.

(Oral 5 minutos)

- **PEG versus LAP: hacia una técnica más segura para la nutrición enteral a largo plazo.** González Ruiz Y, Corona Bellostas C, Fernández Atuan R, Bragagnini Rodríguez P, Siles Hinojosa A, Ruiz de Temiño Bravo M, Elías Pollina J. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Comparar los resultados y complicaciones de las gastrostomías laparoscópicas (LAP) frente a las gastrostomías endoscópicas percutáneas (PEG).

Métodos. Estudio retrospectivo de 79 pacientes intervenidos quirúrgicamente para colocación de gastrostomía en nuestro centro (2010-2017). Comparamos técnicas quirúrgicas y complicaciones menores y mayores entre ambas técnicas.

Resultados. Realizamos 24 LAP (14 varones) y 55 PEG (29 varones). La edad media fue de 4,77 [0,15-15,56] años en las LAP y 5,37 [0,12-16,58] años en las PEG. El tiempo quirúrgico fue superior en las LAP ($p < 0,05$). La mediana del tiempo de presentación de las complicaciones fue de 59[2-975] días. No se encontraron diferencias significativas en las complicaciones menores entre ambas técnicas, sin embargo, son más frecuentes en las LAP (54,16% en LAP frente a 34,55% en PEG), siendo principalmente granulomas y fugas perigastrostomías. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre pacientes con comorbilidad oncológica y la aparición de complicaciones menores ($p < 0,05$). Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre las PEG y las complicaciones mayores (4,17% en LAP frente a 21,82% en PEG), con $p = 0,045$. Las complicaciones mayores fueron, en las LAP un descolgamiento y en las PEG 9 síndrome de Buried-Bumper, un atrapamiento de colon sin perforación, una perforación de colon, un atrapamiento de epiplon, dos descolgamientos y una perforación de intestino delgado.

Conclusiones. Dada la asociación existente entre las complicaciones mayores y el grupo PEG, siendo evidente la mayor frecuencia y gravedad de estas complicaciones en esta técnica, consideramos la LAP una técnica más segura. Sin embargo, son necesarios estudios con un mayor tamaño muestral.

(Oral 5 minutos)

- **Factores pronósticos del trasplante hepático en hepatoblastoma.** Triana Junco P, Cano Pecharrómán EM, Dore Reyes M, Jiménez Gómez J, Sánchez Galán A, Vilanova Sánchez A, Andrés Moreno A, Encinas Hernández JL, Martínez Martínez L, Gámez Arance M, Hernández Oliveros F, López Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El hepatoblastoma es el tumor hepático más frecuente en niños y la presentación inicial del tumor influirá en el tratamiento y el pronóstico. El objetivo de este estudio es analizar los resultados a largo plazo del trasplante hepático en niños con hepatoblastoma irreseccable.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes con hepatoblastoma que recibieron trasplante hepático, analizándose factores de riesgo, factores pronósticos y supervivencia a largo plazo.

Resultados. En los últimos 25 años 31 pacientes (67% varones) recibieron un trasplante hepático en el contexto de hepatoblastoma irreseccable, presentando factores de riesgo como prematuridad (12,9%), tabaco materno (6,5%) y poliposis adenomatosa familiar (3,2%). La forma de presentación más frecuente fue un tumor multifocal PRETEXT III con afectación vascular (51,6%) o PRETEXT IV (45,2%). Cuatro pacientes presentaron metástasis al diagnóstico (12,9%). Veintidós pacientes recibieron un injerto de donante vivo (67,7%) y diez de donante cadáver (32,3%), a una edad de 31,7 meses (5-125). La mayoría de los trasplantes fueron primarios y sólo 2 pacientes recibieron un trasplante de rescate tras un intento previo de resección quirúrgica del tumor. La supervivencia al año y a los 5 años tras el trasplante fue de 93,3% (\pm 4,6%) y 86,4% (\pm 6,3%) respectivamente. No encontramos diferencias significativas entre factores de riesgo, presentación del tumor, tipo de injerto ni tipo de trasplante.

Conclusiones. El trasplante hepático contribuye a un aumento en la supervivencia del hepatoblastoma en pacientes con tumores irreseccables, independientemente de los factores de riesgo, presentación del tumor o tipo de técnica utilizada.

(Oral 5 minutos)

MISCELÁNEA PLÁSTICA/EXPERIMENTAL

Viernes, 25 de mayo, 17:45-19:00 h

Moderadores: Dra. María de los Ángeles Muñoz Miguelsanz (Palma de Mallorca), Dra. Carolina Marañés Gálvez (Almería)

- **Adherencia al tratamiento de moldeado nasolabial en pacientes con fisura labiopalatina.** Gironés Camarasa B, García Dueñas C, Castilla Parrilla E, Licerías Licerías E, Matar Sattuf K, España López A, Martínez Plaza A, Fernández-Valadés R. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Objetivos. El dispositivo de moldeamiento nasolabial (NAM) diseñado para disminuir el tamaño del defecto y mejorar la asimetría nasal, facilita la intervención quirúrgica mejorando los resultados. Sin embargo, necesita gran colaboración por parte de la familia por ser largo, y a veces, tedioso. El objetivo de este trabajo es determinar la adherencia al tratamiento y las posibles variables que puedan determinar su rechazo.

Métodos. Pacientes tratados con NAM en los últimos 6 años (64 pacientes). Recogida de datos retrospectiva (historias) y encuesta telefónica. Clasificación en 5 grupos según la adherencia al tratamiento (Rechazo del tratamiento hasta buena adherencia). Analizamos factores relacionados con el cuidador, el paciente y el contexto social, (nivel de estudios, número de cuidadores, distancia al hospital, etc.). Mediante el programa SPSS se realizó un estudio descriptivo, analizando las variables mediante χ^2 con corrección exacta de Fisher.

Resultados. Se completaron las 46 encuestas (32 niños y 14 niñas), el 63% fueron unilaterales, el 91% con fisura palatina. La adherencia al tratamiento fue buena en el 80%, y solo el 6% rechazaron el tratamiento. La adherencia fue mayor, de forma significativa, si habían contactado con otras familias de pacientes ($P < 0,01$) y tendencia a mayor abandono en otras nacionalidades distinta a la española, aunque sin significación estadística.

Conclusiones. La adherencia al tratamiento es muy buena en general, y no podemos determinar de forma significativa las variables que pueden condicionar el rechazo al tratamiento, pero si, que el contacto con familiares de afectados o asociaciones de pacientes hacen que la adherencia sea mayor.

(Oral 3 minutos)

- **Secuelas de la fisura labial y/o palatina en los 8 primeros años. Una mirada crítica.** Bejarano Serrano M, Riba Martínez M, Parri Ferrandis F, Moraleda Gudayol I, Demestres Carbó A, Rubio Palau J, Salcedo Gil C, Albert Cazalla A. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivos. Analizar las secuelas de los fisurados tratados de forma primaria con el protocolo: Queioplastia primaria (Millard) a los 3-6 meses en la fisura labial (FL) o labiopalatina unilateral (FLPU). Adhesiva, Millard o Mulliken en fisura labiopalatina bilateral (FLPB). Uroostafilorrafia de Veau con faringoplastia de Sanvenero Roselli a los 9-12 meses.

Métodos. Revisión retrospectiva de todos los pacientes con fisura labial (FL), (FLPU) o (FLPB), y palatina (FP) intervenidos primariamente entre 2008 y 2009 y con seguimiento en nuestro centro. Se recogen datos demográficos, tipo de fisura, comorbilidades, complicaciones/secuelas y tratamientos adicionales. Estadística: test exacto de Fisher.

Resultados. De 69 pacientes intervenidos, 58 continuaron seguimiento en nuestro centro; Diecinueve tenían algún síndrome asociado (10 secuencia Pierre Robin, 5 22q11 y 4 otros).
– Tipo de fisura: FP 20 (34,5%), FLPU 22 (38%), FLPB 7 (12%), FL 19 (15%).

- Fístula oronasal: 11 pacientes: 4 FP (20%), 2 FLPU (10%), 5 FLPB (71%) (p= 0,004). Se hicieron 7 cierres de fístula; el resto se cerraron durante el injerto óseo.
- Hipoplasia maxilar: 27 colapso transversal (48%): FP 25%, FLPU 75%, FLPB 72%, FL 22% (p= 0,002). Maloclusión clase III en 28,5%: FP 10%, FLPU 55%, FLPB 43%, FL 0% (p= 0,001).
- Voz nasal: FP 30%, FLPU 15%, FLPB 43% (p > 0,05).
- Habla ininteligible: 1 caso de FP, 2% (p > 0,05).
- Faringoplastia: FP 20%, FLPU 0%, FLPB 14% (p > 0,05).

Conclusiones. Con este protocolo:

- Las fisuras labiopalatinas tienen alto riesgo de colapso transversal y maloclusión clase III.
- Las FLPB tienen más riesgo de secuelas.

(Oral 3 minutos)

- **Analgésia mediante bomba de infusión continua controlada por el paciente para el manejo postoperatorio del dolor en pacientes intervenidos de fisura palatina y labio fisurado.** Míguez Fortes L, Lema Carril A, Gómez Tellado M, Casal Beloy I, Blanco Portals C, García González M, Rodríguez Ruiz M, Somoza Argibay I, Dargallo Carbonell T. *Complejo Hospitalario universitario de A Coruña*.

Objetivos. La cirugía de las fisuras craneofaciales asocia un intenso dolor postoperatorio cuyo manejo resulta complicado con la analgesia convencional.

Métodos. Utilizamos una bomba de analgesia controlada por los padres que contiene una perfusión continua de Tramadol, Ondasetrón y Metamizol ajustada por peso. Se permite a los padres administrar bolos adicionales si observan irritabilidad. Comparamos variables de los pacientes fisurados intervenidos antes y después de la implantación del sistema en nuestro centro.

Resultados. Durante 2016 fueron intervenidos 16 fisurados (4 queilorrinoplastias y 12 fisuras palatinas). En ninguno se empleó bomba de analgesia. El tiempo medio de estancia en UCIP fue 1,5 días. Tardaron de media 2,5 días en iniciar tolerancia. La media de EVA fue de 3. El 53% precisaron opiáceos mayores (morfina, fentanilo) no siendo suficiente la analgesia c/3 horas. Durante 2017 se operaron 7 fisuras palatinas y 4 queilorrinoplastias (11). En todos empleamos bomba. Únicamente ingresaron en UCIP las fisuras palatinas (debido al manejo de la vía aérea) con una media total de 0,5 días. Se adelantó el inicio de tolerancia al primer día postoperatorio. La EVA disminuyó a 0,5. Sólo un paciente precisó opiáceos. El 72% no precisó asociar ningún tipo de analgesia.

Conclusiones. La bomba de PCA es un método seguro y exento de riesgo para la analgesia los paciente fisurados con beneficios como: disminución del dolor, de la estancia en UCIS, del tiempo de inicio de tolerancia y el uso de analgesia así como de fármacos potenciales depresores respiratorios.

(Oral 3 minutos)

- **Factores de riesgo de reintervenciones y reingresos en los pacientes quemados.** Triana Junco P, Dore Reyes M, Miguel Ferrero M, Serradilla Rodríguez J, Amesty Morrello V, Díaz González M, López Gutiérrez JC. *Hospital Universitario La Paz. Madrid*.

Objetivos. La tasa de reintervenciones y reingresos constituye un índice de calidad asistencial en cirugía, estando influenciada por múltiples factores. El objetivo de este estudio es identificar los factores asociados a reintervenciones y reingresos en el paciente pediátrico quemado.

Métodos. Revisión retrospectiva de pacientes quemados intervenidos en los últimos 4 años, analizando el tipo de quemadura y el tratamiento realizado así como las reintervenciones en el primer ingreso y los reingresos posteriores. Se realizó un análisis estadístico multivariante.

Resultados. Se evaluaron 140 pacientes quemados (52% varones) siendo la escaldadura el agente más frecuente (62,7%). Las quemaduras se clasificaron en segundo grado superficiales (17%), segundo grado profundas (63%) y tercer grado (20%); afectando a una extensión mediana de 6% (1-40). Un total de 43 pacientes (30,7%) fueron reintervenidos tras el desbridamiento inicial y 27 (19,2%) reingresaron para tratamiento de secuelas tras 153 días (4-696). Tras el análisis multivariante, se observó que los factores independientes para las reintervenciones fueron la extensión (OR 1,1), la profundidad (OR 6,3) y la afectación de miembros superiores (OR 4,8). Asimismo, los factores independientes para los reingresos fueron las reintervenciones durante el primer ingreso (OR 5,6), las “no-escaldaduras” (OR 5,5) y la afectación de genitales (OR 4,1).

Conclusiones. Aunque la extensión y la profundidad son conocidos factores de gravedad en quemados y por tanto factores de riesgo de reintervenciones y reingresos, la afectación de miembros superiores, las “no-escaldaduras” y la afectación de genitales se presentan en este estudio como factores independientes de riesgo.

(Oral 5 minutos)

- **Manejo de la linfadenitis por micobacterias no tuberculosas en un centro de tercer nivel.** Martín Alelú R, Rico C, Martí E, Delgado D, Carrillo I, Aneiros B, Redondo J, Melero L, Merino L, Gómez A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*.

Objetivos. describir nuestra experiencia en el manejo de la linfadenitis por micobacterias no tuberculosas (LMNT).

Métodos. Análisis retrospectivo de 72 pacientes (29 varones/ 43 mujeres) intervenidos en nuestro centro de LMNT durante los años 2010-2017. Se analizaron datos demográficos, pruebas complementarias realizadas y datos de seguimiento.

Resultados. La edad media fue de 31 meses (rango 7 meses= 12 años). Para el diagnóstico la radiografía de tórax se realizó al 100% de pacientes, siendo en todos los casos

normal. El mantoux fue positivo en 16,6%, dudoso en 9,7% y negativo en 73,6%. La PAAF preoperatoria fue diagnóstica (linfadenitis granulomatosa necrotizante) en 88,8% mientras que el cultivo para micobacterias fue positivo sólo en 23,6%, siendo el *Mycobacterium lentiflavum* el patógeno más frecuentemente encontrado. Más del 90% de los pacientes recibió antibioterapia empírica como primera opción terapéutica con fracaso en el resultado. El tiempo de espera preoperatorio fue de 2,5 meses con un porcentaje de fistulización previo a la cirugía de 6,9%. La estancia hospitalaria media fue 1,1 días y no hubo complicaciones perioperatorias. El tiempo medio de seguimiento fue 5,5 meses (rango 1-24 meses) observándose 19 casos de parálisis facial temporal, de los cuales 5 persistieron al cabo de 1 año.

Conclusiones. La LMNT es una enfermedad cada vez más frecuente en nuestro medio. Es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, puesto que el tratamiento quirúrgico ha demostrado ser seguro y eficaz asociando baja tasa de complicaciones. Creemos que los protocolos actuales se deben revisar, debido a la escasa rentabilidad de algunas pruebas complementarias.

(Oral 5 minutos)

- **Marca en hehecho en malformaciones venosas neonatales como diagnóstico precoz de síndrome de Bean.** Nava Hurtado de Saracho FB, Álvarez-Barrial M, Bueno Jiménez A, Serradilla J, Gómez Cervantes JM, Miguel Ferrero M, Díaz González M, López-Gutiérrez JC. *Hospital universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome (BRBNS) o Síndrome de Bean es una rara entidad caracterizada por Malformaciones Venosas (MV) múltiples cutáneas y gastrointestinales asociadas a anemia crónica y originada por mutaciones somáticas en el gen TEK (TIE-2). Aparecen como numerosas de color azul-violáceo, tamaño de 1-2cm y depresibles al tacto. El hallazgo de una gran MV aislada en el periodo neonatal se ha sugerido como un hallazgo característico de esta entidad.

Métodos. Revisamos las historias clínicas de pacientes que fueron diagnosticados de BRBNS que presentaron al nacimiento una MV. Presentamos a 5 pacientes que al nacimiento se detectó una MV de tamaño significativo sin otra lesión cutánea.

Resultados. Cinco pacientes presentaron una MV con una característica marca en forma rama de hehecho. Las MV se localizaron en extremidad superior (3), región frontal (1) y región lumbar (1). Fueron tratadas quirúrgicamente sin incidencias y sin sospecha de que hubiera ningún proceso malformativo asociado. Durante el seguimiento, todos los pacientes desarrollaron el espectro característico de MV cutáneas y gastrointestinales del BRBNS precisando desde la vigilancia a la transfusión ocasional de hemoderivados, tratamiento quirúrgico, endoscópico y farmacológico con rapamicina.

Conclusiones. El hallazgo de la marca en hehecho en la MV neonatal parece característica de esta entidad y puede eventualmente ser de ayuda para un diagnóstico precoz de sospecha del BRBNS. Su presencia permitiría un acceso más rápido a las pruebas diagnósticas concretas y tratamientos específicos.

(Oral 5 minutos)

- **Nuestra experiencia con la utilización de sirolimus en el tratamiento de anomalías vasculares complejas.** Giménez-Aleixandre MC¹, Méndez-Aguirre NA¹, Martínez-Menchón T², Fernández-Ibieta M¹, Ferri-Níguez B³, Villamil V¹, Sánchez-Sánchez Á¹, Montoya-Rangel CA¹, Hernández-Bermejo JP¹. ¹*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.* ²*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.* ³*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Objetivos. Los inhibidores mTOR están siendo usados para el tratamiento de anomalías vasculares (AV) complejas sin respuesta a tratamientos convencionales. Presentamos nuestros resultados de pacientes pediátricos tratados con sirolimus.

Métodos. Análisis retrospectivo de pacientes tratados con sirolimus, entre 2014 y 2017, analizando tipo de anomalía vascular, respuesta al tratamiento y complicaciones derivadas de su empleo. El protocolo de tratamiento incluyó pacientes con anomalías vasculares complejas, tras firma de consentimiento informado y con dosis inicial de 0,8 mg/m²/12 horas, monitorizando niveles plasmáticos. Se definió respuesta favorable tanto en términos clínicos como radiológicos.

Resultados. Recibieron sirolimus 9 pacientes, con mediana de edad de 14 meses (1 mes-14 años). Se trataron 5 malformaciones linfáticas (ML) microquísticas complejas (en algunas como coadyuvancia a otros tratamientos), 1 linfangioendoteliomatosis multifocal, 1 linfangiomatosis kaposiforme, 1 malformación mixta linfático-venosa, 1 hemangioendelioma kaposiforme (HEK). El 66% fueron niñas. Mediana de tratamiento: 4 meses (2-18 meses). En 4 pacientes (44%) se objetivó resolución o mejoría de las lesiones. El paciente con HEK mostró resolución completa tras 2 meses de tratamiento. En dos pacientes con ML microquística y en el paciente con malformación mixta, se apreció mejoría clínica y disminución del tamaño de las lesiones tras una mediana de tratamiento de 3 meses. Se apreció efecto rebote en dos ML al suspender el tratamiento. Tres pacientes presentaron hipertransaminasemia e hipercolesterolemia, sin precisar tratamiento médico.

Conclusiones. En nuestro estudio, objetivamos que el sirolimus tuvo una eficacia moderada en el tratamiento de AV complejas, pero fue resolutivo en el HEK.

(Oral 5 minutos)

- **Sustitutos de mucosa palatina o hueso, generados por ingeniería tisular, ¿podrían ayudar en el tratamiento de fisurados labiopalatinos?** García Dueñas C¹, Licerias Licerias E¹, Fernández-Valadés Gámez R², España López A¹, Garzón Bello I³, Alaminos Mingorance M³, Fernández-Valadés R¹³. ¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Hospital Universitario Sanitas. La Moraleja y Zarzuela. Madrid. ³Grupo de ingeniería tisular. Facultad de Medicina Granada.

Objetivos. El tratamiento de los pacientes fisurados labiopalatinos restablece la estética y funcionalidad del labio y paladar, pero puede producir efectos secundarios (crecimiento maxilar y secuelas en las zonas donantes de injertos). En este trabajo, intentamos ver cómo la utilización de mucosa palatina y hueso fabricados por ingeniería tisular pueden prevenir estas complicaciones.

Métodos. 26 conejos (3-4 semanas) divididos en grupos controles hueso (n= 3 positivos y n= 3 negativos defecto óseo sin implante) y mucosa (n= 4 positivos n= 4 negativos defecto mucoso sin implante) y grupos de estudio (n= 4 para hueso y n= 4 constructo mucoso sin células y n= 4 constructo mucoso con células). Obtención de sustitutos artificiales de mucosa y hueso, mediante técnicas de ingeniería tisular, a partir de biopsias de mucosa palatina y grasa (diferenciada a hueso) e implante autólogo tras crear defecto mucoso u óseo de 5 mm en lado derecho del paladar. Análisis morfométrico (TAC y micro CT), histoquímico e inmunohistoquímico. Análisis estadístico: U test Mann-Whitney, test exacto de Fisher, Correlación Tau de Kendal.

Resultados. La utilización de mucosa y hueso obtenidos mediante ingeniería tisular mejoran, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$), la morfometría y calidad histológica (maduración ósea y mucosa) del paladar respecto al grupo control negativo.

Conclusiones. La mucosa o hueso obtenidos por técnicas de ingeniería tisular podrían contribuir al tratamiento de pacientes fisurados labiopalatinos, disminuyendo alteraciones del crecimiento y complicaciones de la obtención de hueso.

Financiado FISPI14/2110 Instituto Salud Carlos III, Ministerio Economía, Industria y Competitividad (cofinanciado FEDER, EU).

(Oral 5 minutos)

- **Sustituto palatino multicapa osteomucoso y su utilización para defectos palatinos.** Gironés Camarasa B¹, Fernández-Valadés Gámez R², Martín Piedra MÁ³, Licerias Licerias E¹, España López A¹, Alaminos Mingorance M¹, Fernández-Valadés R¹³. ¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Hospital Universitario Sanitas. La Zarzuela y Moraleja. ³Grupo de ingeniería Tisular. Facultad de Medicina Granada.

Objetivos. En el tratamiento de la fisura labiopalatina sería de gran ayuda disponer de tejidos combinados de mucosa/

hueso para la reparación de defectos palatinos. El objetivo de este trabajo es fabricar mediante ingeniería tisular un tejido multicapa de mucosa oral y hueso analizando su comportamiento en defectos palatinos.

Métodos. Se elaboró un tejido multicapa (mucosa/hueso) nanoestructurado a partir de biopsias de mucosa palatina y grasa inguinal, el cual se evaluó en 12 conejos New Zealand al destete. Tras realizar un defecto osteomucoso de 5 mm en el lado derecho del paladar a 8 conejos; a 4 se implantó el tejido y a otros 4 se dejó cicatrizar por segunda intención, 4 se usaron como control positivo. Realizamos estudios morfométricos, histoquímicos e inmunohistoquímicos, tanto in vivo como in vitro. Para el estudio estadístico utilizamos los test de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y exacto de Fisher.

Resultados. La estructura tridimensional del sustituto de paladar fue histológicamente similar al control in vivo. Ex vivo, la diferenciación fue baja (expresión de citoqueratinas). El estudio morfométrico no mostró diferencias significativas ($P < 0,05$) entre el grupo control positivo y grupo estudio, pero sí entre el control positivo y control negativo.

Conclusiones. El sustituto de paladar multicapa de mucosa/hueso puede ser útil para tratar pacientes con defectos osteomucosos a nivel de paladar pudiendo prevenir alteraciones del crecimiento y mejorar la funcionalidad de estos tejidos.

Financiado por el proyecto FIS P114/2110 del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (cofinanciado por FEDER, EU).

(Oral 5 minutos)

- **Estudio de biocompatibilidad local de matrices de nanofibras cargadas con SN-38 sobre vasos sanguíneos, nervios y vísceras.** Manzanares Quintela A¹, Restrepo-Perdomo CA², Tornero JA³, Carcaboso ÁM.⁴ ¹Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Barcelona. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Barcelona. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. ³Institut de Investigació Textil i Cooperació Industrial de Terrassa (INTEXTER), Universitat Politècnica de Catalunya. Barcelona. Cebiotex Biomedical Nanofibers, Parc Científic de Barcelona. Barcelona. ⁴Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Barcelona. Servicio de Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat. Barcelona.

Objetivos. Las matrices de nanofibras cargadas de SN-38 (metabolito activo del irinotecan) han mostrado actividad preclínica en el control local de tumores sólidos pediátricos. Sin embargo, se desconoce su efecto tóxico sobre órganos sanos. En este trabajo se estudiaron los efectos tóxicos locales y sistémicos relacionados con la administración de estas matrices en órganos habitualmente afectados por cirugías de resección de nuestros pacientes.

Métodos. Se diseñaron tres modelos en rata para estudiar la toxicidad de las matrices sobre riñón, hígado, vejiga, útero, vasos y nervios. Se incluyeron grupos control y sham. Se realizó estudio anatomopatológico, hematológico, bioquímico y análisis de función neurovascular (plexo femoral) a 16 y 70 días. Se compararon los resultados con Chi cuadrado, t-Student y ANOVA.

Resultados. Se observó reacción a cuerpo extraño en todas las localizaciones anatómicas expuestas a matrices. El grosor de las matrices estuvo en el rango 2,3-21,7 μm con los valores más altos en el modelo neurovascular ($p=0,013$). Las cápsulas alrededor de las matrices fueron fibrosas, sin diferencias en sus características. Se observó mayor grosor de las cápsulas alrededor de matrices cargadas de SN-38 en contacto con hígado y riñón ($p=0,0436$). No hubo alteración de los tejidos en contacto con matrices. En los estudios hematológicos y bioquímicos no se hallaron diferencias entre grupos. La función neurovascular femoral no fue afectada.

Conclusiones. En el presente estudio no se han hallado signos de toxicidad histológica, hematológica o funcional de las matrices de nanofibras cargadas de SN-38. Los resultados son importantes para facilitar la traslación clínica de este nuevo tratamiento.

(Oral 5 minutos)

PÓSTERES PRESENTADOS Sábado, 26 de mayo, 09:30-10:45 h

Moderadores: Dr. Mauro Alberto Padilla García (Jaén),
Dr. Kamel Mátar Sattuf (Granada)

- **Eficacia y seguridad del óxido nitroso durante procedimientos dolorosos en cirugía pediátrica.** Casal Beloy I, Míguez Fortes L, García González M, Somoza Argibay I, Dargallo Carbonell T. *Hospital Materno Infantil A Coruña*.

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad del óxido nitroso como agente sedoanaléxico durante la realización de procedimientos dolorosos e invasivos en la edad pediátrica.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a óxido nitroso durante procedimientos invasivos, entre 2014 y 2017. Fueron recogidos datos demográficos (edad, sexo y peso) y de la técnica (flujo, duración, efectos adversos, número de repeticiones en el mismo paciente). Al finalizar el procedimiento, fue realizada una escala para valorar la efectividad del óxido nitroso (muy efectivo, poco efectivo o nada efectivo).

Resultados. Fueron tratados 345 pacientes (49,9% niños y 50,1% niñas). El peso medio fue de 27 kg (Rango: 5-92). La edad media fue de 8 años (Rango: 1-15). La duración media del procedimiento fue de 13,21 minutos (Rango: 4-60). El flujo medio de inhalación fue de 13,4 litros/minuto (Rango: 5-15). Las técnicas más realizadas fueron la inyección de

toxina botulínica (46,1%) y los procedimientos de cirugía menor (36,6%). El 16,5% de pacientes recibió medicación analgésica concomitante durante el procedimiento. Un 9,2% de pacientes desarrollaron efectos adversos leves, siendo el más frecuente los vómitos (5,2%). Ningún paciente presentó efectos adversos graves. La tasa de fallo del 0,9% (3 niños). No existieron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de efectividad ni de efectos adversos en función de las siguientes variables: sexo, peso, duración, flujo, tipo de procedimiento, medicación concomitante.

Conclusiones. El óxido nitroso parece un fármaco eficaz para lograr una sedoanalgesia adecuada durante técnicas invasivas y de larga duración en la población pediátrica.

(Póster presentado)

- **Adenoma paratiroideo en paciente pediátrico.** Domínguez García C, Pisón Chacón J, González Esgueda A, Escartín Villacampa R, González Ruiz Y, Siles Hinojosa A, De Arriba Muñoz A, Ferrer Lozano M. *Hospital Materno Infantil Miguel Servet*.

Objetivos. El hiperparatiroidismo es una patología rara en la edad pediátrica (2-5 casos por cada 100.000 niños), siendo la causa más común el hiperparatiroidismo primario por adenoma funcionante único, aunque también puede presentarse como parte de síndrome de neoplasia endocrina múltiple. Las manifestaciones clínicas suelen ser más evidentes y tempranas que en el adulto, permaneciendo asintomáticos entre un 0-20% de los pacientes en el momento del diagnóstico.

Métodos. Niña de 10 años con dolor abdominal, anorexia, vómitos, poliuria y polidipsia en contexto de hipercalcemia (13,4 mg/dl). Se amplía estudio, hallándose elevación de PTH (443,8 pg/ml). Se realiza ecografía tiroidea que evidencia nódulo de 13x6 mm posterior a lóbulo tiroideo derecho (LTD) y gammagrafía con hipercaptación tardía en LTD sugestivas de adenoma paratiroideo. Se decide intervención quirúrgica con corrección preoperatoria de hipercalcemia con bifosfonatos. La PTH basal fue de 719,5 pg/ml. Se precisa ecografía intraoperatoria para poder identificar lesión mal definida e íntimamente adherida a pared posterior de LTD que se extirpa, determinando la anatomía patológica existencia de tejido paratiroideo. En mediciones seriadas de PTH intraoperatorias, se obtiene valor postoperatorio a los 15 minutos de la extracción de 50 pg/ml y a los 25 minutos de 21 pg/ml, confirmándose la extirpación de tejido hiperfuncionante.

Resultados. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al tercer día postquirúrgico, con niveles normales de parathormona y calcio sérico.

Conclusiones. El adenoma paratiroideo es una patología excepcional en niños, que precisa tratamiento quirúrgico, participación multidisciplinar y un estudio de imagen que facilite su localización intraoperatoria.

(Póster presentado)

- **Derivación ventrículo-biliar: ¿cuándo y cómo?** Rodríguez Iglesias P, Driller C, Gómez-Chacón Villalba J, Miranda Lloret P, Vila Carbó JJ. *Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia*.

Objetivos. El tratamiento estándar de la hidrocefalia obstructiva es la derivación peritoneal. La segunda opción más frecuente utilizada es la derivación auricular. En casos especiales también hay que considerar otras alternativas. Por ejemplo, en los pacientes con astrocitoma pilocítico, el LCR se caracteriza por una alta concentración proteica y ascitis importante. En la actualidad, la bibliografía existente acerca de la derivación ventrículo-biliar es escasa. Nuestro objetivo es presentar su indicación y describir la técnica mediante abordaje laparoscópico.

Métodos. Varón de 3 meses con astrocitoma pilocítico e hidrocefalia obstructiva. Por las características del tumor (alta probabilidad de fracaso de absorción intestinal y mayor tasa de complicaciones) y la necesidad de un catéter venoso central para la administración de quimioterapia se decidió la derivación ventrículo-biliar como primera opción.

Resultados. Se realizó un abordaje laparoscópico mediante el cual se identificó la vesícula biliar. Se realizó introducción del catéter de derivación (especialmente modificado) y fijación mediante una bolsa de tabaco. Tras un seguimiento de 6 meses el paciente no ha presentado complicaciones y con buen funcionamiento del catéter.

Conclusiones. La vesícula biliar es un lugar estéril, con buena capacidad absorbente de agua y electrolitos y con acción lítica sobre las proteínas. La técnica es segura y eficaz mediante abordaje laparoscópico. Por tanto, la derivación ventrículo-vesicular es una buena alternativa de derivación ventricular en determinados pacientes pediátricos.

(Póster presentado)

- **Quiste broncogénico cervical, un diagnóstico a considerar ante una tumoración cervical en la edad pediátrica.** de Haro J I, Palazón Bellver P, Krauel Giménez-Salinas L, Vicario Latorre FJ, Martín Lluís A, Moraleda Gudayol I, Tarrado Castellarnau X. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*.

Objetivos. Las tumoraciones cervicales en pediatría son frecuentes. Generalmente son lesiones benignas, siendo la etiología infecciosa o congénita la causa más común. Los quistes broncogénicos derivan de una anomalía en la formación del árbol traqueobronquial durante el desarrollo fetal del intestino primitivo. Se caracterizan por la presencia de epitelio respiratorio, glándulas seromucinosas y músculo liso. Se encuentran mayoritariamente en el parénquima pulmonar o mediastino, siendo otras localizaciones muy infrecuentes. Presentamos dos casos de quiste broncogénico de localización cervical.

Métodos. Revisión retrospectiva de dos casos clínicos.

Resultados. El primer caso presentaba al nacimiento una tumoración cervical anterior con un estigma cutáneo en la

línea media. El segundo caso, que también presentaba un estigma cutáneo, debutó a los 15 meses con un absceso supraesternal que precisó desbridamiento. En ambos, la ecografía mostraba una masa quística sugestiva de quiste tirogloso o branquial. Se realizó exéresis completa en los dos casos. El estudio histopatológico mostró lesión quística revestida por epitelio cilíndrico estratificado con músculo liso y secreción mucosa, siendo diagnóstico de quiste broncogénico. Ambos pacientes están asintomáticos tras 10 meses de seguimiento.

Conclusiones. Los quistes broncogénicos cervicales son infrecuentes en la edad pediátrica y deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial de las lesiones cervicales. Las pruebas de imagen son útiles para determinar el origen de la lesión y su relación con estructuras vecinas aunque el diagnóstico definitivo es anatomopatológico. La exéresis completa constituye el tratamiento definitivo.

(Póster presentado)

- **¿Fractura de hueso hioides? ¡Sí, existe!** Martín-Lluís A, Palazón Bellver P, Moraleda Gudayol I, Albert Cazalla A, Rubio-Palau J, Tarrado Castellarnau X. *Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona*.

Objetivos. La fractura de hueso hioides es una entidad extremadamente infrecuente. Suele ser debida a traumatismos cervicales anteriores: estrangulamiento, ahorcamiento, accidentes de tráfico o deportivos. Por su localización pueden asociar lesiones potencialmente graves. El tratamiento es conservador en la mayoría de casos. Presentamos un caso de fractura de hioides y proponemos un protocolo de actuación.

Métodos. Revisión retrospectiva del caso.

Resultados. Paciente varón de 15 años que acude a urgencias por hematoma y dolor cervical anterior con odinofagia tras accidente de tráfico. En la radiografía cervical se aprecia imagen sugestiva de fractura de hioides. El TAC confirma la fractura y descarta otras lesiones. Se realiza laringoscopia directa, sin apreciar complicaciones. Se decide tratamiento conservador con analgesia, corticoides y dieta blanda, con buena evolución. El protocolo de las fracturas de hioides debe incluir un TAC cervical para confirmar la fractura y descartar lesiones asociadas (fracturas mandibulares o vertebrales, lesiones de vía aérea o vasculares). Se debe completar el estudio mediante una laringoscopia directa para identificar complicaciones de la laringe (hematoma o edema). En fracturas aisladas se recomienda tratamiento conservador con analgesia y dieta blanda. El uso de antibióticos y corticoides debe individualizarse en cada caso. Se recomienda ingreso en observación durante 48 horas. La cirugía se reserva para fracturas desplazadas o con lesiones asociadas.

Conclusiones. La fractura de hioides es una entidad rara que se debe tener presente ante traumatismos cervicales directos. Las pruebas de imagen y la exploración laríngea son útiles para confirmar el diagnóstico, descartar lesiones potencialmente graves y decidir el tratamiento.

(Póster presentado)

- **Invaginación intestinal de sigma: ¿qué debemos descartar?** González Ruiz Y, González Herrero M, Delgado Alvira R, Siles Hinojosa A, Domínguez García C, Gutiérrez Alonso C, Ruiz de Temiño Bravo M. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. La invaginación intestinal (II) es frecuente en niños menores de dos años, siendo la localización habitual ileocólica. La II sigmoidea es extremadamente rara y debe descartarse patología asociada que la origine.

Métodos. Presentamos el caso clínico de una niña de 11 años con estreñimiento de 10 días de evolución, vómitos y rectorragia. A la exploración presenta abdomen distendido, palpándose al tacto rectal una tumoración fibroelástica, redondeada, que prolapsa hacia la luz. En radiografía abdominal se visualiza distensión de intestino delgado y colon-sigma, sin evidenciarse gas distal. La ecografía abdominal muestra una imagen compatible con invaginación sigmoidea en hipogastrio con vascularización conservada, que se confirma en el TAC abdominal. Se realizan intentos de desinvaginación mediante hidroenema y neumoenema sin ser efectivas. La colonoscopia identifica una lesión con mucosa isquémica a 10 cm de margen anal que progresa 15 cm hasta llegar a un fondo de saco ciego. Realizamos laparotomía media infraumbilical, identificando invaginación de 15 cm de sigma, consiguiendo desinvaginación completa. La cabeza de invaginación es una tumoración intraluminal, excrecente, nodular, grisácea, de superficie lisa de unos 4x3cm que es resecada dejando márgenes de 1,5 cm y realizando una anastomosis termino-terminal.

Resultados. La paciente evoluciona favorablemente. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de Schwannoma intestinal intramural con ulceración de mucosa.

Conclusiones. La invaginación sigma-sigmoidea es poco frecuente en niños y adultos, presentado en la mayoría de los casos una cabeza de invaginación. El schwannoma gastrointestinal es un tumor raro, siendo la localización colónica excepcional y normamente asintomáticos y benignos, aunque se han descritos casos de malignización.

(Póster presentado)

- **Implementación de la técnica PIRS en un hospital de tercer nivel: análisis de la curva de aprendizaje.** Miró I, Carazo E, Cortés J, Ibáñez V, Mínguez A, Crehuet D, Vila JJ. *Hospital La Fe. Valencia.*

Objetivos. Describir nuestros resultados para los pacientes intervenidos de hernia inguinal mediante Percutaneous Internal Ring Suture (PIRS) y presentar nuestra curva de aprendizaje.

Métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos en nuestro centro mediante PIRS, y división de la muestra en 2 subgrupos de igual tamaño en base a la fecha de la cirugía, comparando ambos subgrupos en términos de even-

tos adversos (complicaciones intraoperatorias, reconversión a cirugía abierta y recidiva) y de tiempo operatorio.

Resultados. Se realizaron 74 PIRS en 58 pacientes, con una edad media de 5,6 años (2,9-9,3). Existieron un total de 6 complicaciones intraoperatorias (8,1%, todas ellas hematomas por punción epigástrica), 2 reconversiones a cirugía abierta (2,7%, debidas a hematoma epigástrico) y 5 recidivas (6,8%). El estudio de la curva de aprendizaje reveló que el número de hematomas en el primer grupo cronológico fue 5 veces mayor, quedando cerca de la significación estadística (5 vs 1, p = 0,08). No hubo diferencias en recidivas entre el primer y segundo grupo de la curva de aprendizaje (2 vs 3, p = 0,6). Hubo 2 reconversiones en el primer grupo, ninguna en el segundo. El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en el segundo grupo (42,5 minutos, 27,8-57,2) que en el primero (53,0 minutos, 30,0-69,0) (p= 0,04).

Conclusiones. La técnica PIRS supone una alternativa eficaz y segura respecto a la herniorrafia convencional, especialmente para casos bilaterales o que asocien hernia umbilical. El entrenamiento en la misma es fundamental de cara a disminuir la incidencia de complicaciones y el tiempo quirúrgico.

(Póster presentado)

- **Resultados iniciales de un programa de dilataciones vaginales.** Dore M, Triana P, Sánchez-Galán A, Álvarez Barrial M, Barrena S, Guerrero Fernández J, Mora Palma C, González Casado I, Martínez Martínez L, López-Santamaría M. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La dilatación vaginal (DV) progresiva es la primera línea de tratamiento de la hipoplasia vaginal. Su éxito necesita de una paciente psicológicamente preparada y comprometida con el tratamiento. Nuestro objetivo es presentar un programa de DV y sus resultados a medio plazo.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con hipoplasia/agenesia vaginal registradas en el programa de DV en el período 2014-2017. Se incluyeron aquellas que aceptaron iniciar el protocolo y acudieron a revisiones periódicas. Se consideró éxito anatómico una longitud vaginal de 7cm y diámetro de 28 mm. El éxito funcional se estableció en aquellas pacientes sexualmente activas sin dificultades. Se excluyeron pacientes con vaginoplastias quirúrgicas.

Resultados. Se registraron 7 pacientes con una mediana de 17 años (15-17) en el programa de DV. El diagnóstico primario más frecuente fue la insensibilidad completa a los andrógenos (5/7). Durante la primera exploración se identificó una fosita mucosa con una mediana de 3 cm (1-5) de longitud y 14mm (11-17) de diámetro. La adherencia se consideró satisfactoria en 6/7 pacientes de las cuales 5 alcanzaron el éxito anatómico en 1,3 años (0,8-3) y 2 manifestaron ser sexualmente activas. La mediana de seguimiento fue 1,6 años (0,5-3,2) sin identificarse complicaciones durante el mismo.

Conclusiones. La DV es una técnica inocua, segura y efectiva para lograr el éxito anatómico en pacientes con hipoplasia

vaginal. Se requieren programas que faciliten el cumplimiento y motiven a la paciente para alcanzar su objetivo.

(Póster presentado)

- **Quemaduras neonatales: un reto para los cirujanos pediátricos.** Álvarez Barrial M, Miguel M, Nava Hurtado de Saracho FB, Serradilla J, Bueno Jiménez A, Triana P, Díaz González M, Amesty V, López Gutiérrez JC. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. Las quemaduras neonatales suponen un reto para los cirujanos pediátricos, ya que requieren un manejo específico debido a la fisiología del neonato. Nuestro objetivo fue estudiar la epidemiología, fisiopatología y las dificultades en el tratamiento de estas quemaduras.

Métodos. Se incluyeron 60 neonatos (30 prematuros) que precisaron tratamiento por quemaduras entre 1997-2017. Recogimos datos sobre la etiología, necesidad de fluidoterapia, tipo de cura realizada y necesidad de intervención quirúrgica.

Resultados. La mayoría (41/60, 68%) presentaron quemaduras químicas, principalmente por extravasaciones (38/41), con una SCQ pequeña (< 1-2%) y que, por tanto, no requirieron fluidoterapia específica. Treinta y cuatro (97%) cicatrizaron por primera intención. Los neonatos con lesiones térmicas tuvieron un curso clínico más complicado. Seis requirieron reanimación según protocolos de shock hipovolémico neonatal (más efectivos que las fórmulas estándar de fluidoterapia en quemados); y 9% (2/22) necesitaron injertos cutáneos, resultando técnicamente complejos por falta de dermatomas neonatales. Ningún paciente presentó toxicidad por los agentes tópicos empleados (Nitrofurazona, Mupirocina, Sulfadiazina argéntica); aunque su uso fue restringido en prematuros de bajo peso.

Conclusiones. Las quemaduras neonatales representan una entidad diferente de las quemaduras en otras etapas de la vida, pues presentan dificultades específicas en su tratamiento, tales como la ineficacia de las pautas estándar de fluidoterapia, la posible toxicidad de los agentes tópicos y la falta de material quirúrgico de tamaño adecuado. Por otro lado, el excelente potencial de cicatrización de los neonatos permite la curación por primera intención en la mayoría de los casos.

(Póster presentado)

- **Linfangiectasia intestinal. Una anomalía linfática secundaria y no primaria.** Álvarez Barrial M, Nava Hurtado de Saracho FB, Serradilla J, Bueno Jiménez A, Triana P, Delgado C, Muñoz AJ, Miguel M, Díaz González M, Amesty V, López Gutiérrez JC. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. La clasificación de las anomalías vasculares reeditada en 2018 por la ISSVA, no incluye la Linfangiectasia Intestinal Primaria (PIL) como una entidad reconocida entre

las anomalías linfáticas a pesar de que esta denominación persiste en la literatura científica. Con el fin de investigar nuestra experiencia al respecto, todos los pacientes de nuestro centro con este diagnóstico fueron evaluados para determinar la etiopatogenia de la linfangiectasia.

Métodos. Se estudiaron 21 pacientes diagnosticados de PIL entre 1965 y 2016. De ellos, 10 habían sido diagnosticados antes de los 5 años de edad, 8 entre 5 y 18 años y 3 más tarde. Se les había realizado endoscopia, biopsia, resonancia magnética y linfoescintigrafía. En los últimos 8 pacientes se realizó además linfangiografía intranodal dinámica.

Resultados. Una vez analizadas las pruebas todos los pacientes fueron diagnosticados de Anomalía Linfática Generalizada tras demostrar que 12 presentaban obstrucción o aplasia del conducto torácico, que en 16 había una malformación linfática asociada, quilotórax en 11, ascitis quilosa en 10, derrame pericárdico en 6, coagulopatía en 3 y osteolisis en 7. Estos signos y síntomas son característicos de la Anomalía Linfática Generalizada.

Conclusiones. La linfangiectasia intestinal no es una entidad en sí misma, sino una consecuencia del deterioro del flujo linfático en el conducto torácico, produciendo reflujo quiloso en los vasos linfáticos intestinales. Por tanto, proponemos que el término “linfangiectasia intestinal primaria” sea reemplazado por enteropatía pierde proteínas en el contexto de una Anomalía Linfática Generalizada, entidad ésta sí reconocida por la ISSVA.

(Póster presentado)

- **Sinus pericranii arterial. Una entidad desconocida.** Nava Hurtado de Saracho FB, Álvarez-Barrial M, Delgado C, Muñoz AJ, Jiménez J, Triana Junco PE, Miguel Ferrero M, Díaz González M, López Gutiérrez JC. *Hospital universitario La Paz, Madrid.*

Objetivos. El Sinus Pericranii (SP) es una malformación vascular rara en la que existe una conexión intradiploica entre el sistema venoso intra y extracraneal. Se presenta como una masa blanda en línea media del cráneo con crecimiento progresivo, que aumenta de tamaño con maniobras de Valsalva. Una conexión similar entre los sistemas arteriales intra y extracraneales no ha sido descrita previamente.

Métodos. Niño de 20 meses con sospecha malformación capilar en línea media del hueso frontal fue derivado a nuestra Unidad de Anomalías Vasculares por aumento progresivo de tamaño no concordante con el diagnóstico. Se realizó una ecografía concluyente de malformación de alto flujo. El angio-TAC confirmó la naturaleza arterial de la lesión y su comunicación con la arteria meníngea media

Resultados. Se realizó una embolización de la porción distal de la arteria meníngea media previa a la cirugía. Para garantizar la cobertura cutánea del defecto resultante se implantaron dos expansores cutáneos adyacentes a la malformación. Siete semanas después se extirpó la porción extracraneal

de la malformación y se cerró el defecto con los colgajos cutáneos expandidos.

Conclusiones. Desde su primera descripción, el SP se ha clasificado y descrito en la literatura como una malformación venosa. Por primera vez, se describe una conexión de tipo arterial. El estudio genético de las mutaciones habituales en malformaciones arteriales intra y extracraneales no ha dado ningún resultado por lo que continuamos buscando el origen de esta rara anomalía.

(Póster presentado)

- **Solución de Monsel como alternativa para el tratamiento del granuloma secundario a quemaduras.** Esteve Miró C, Rojo Díez R, Santiago Martínez S, Brun Lozano N, Álvarez García N, Pérez-Gaspar M, Betancourth Alvarenga JE, Núñez García B. *Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.*

Objetivos. Los granulomas son complicaciones frecuentes en la evolución natural de las quemaduras. La solución de cloruro férrico o Solución de Monsel se ha usado como hemostático en Cirugía Obstétrica, Dermatología y Odontología; pero no hay descripción en la literatura de su uso en el tratamiento para quemaduras. El objetivo del estudio es presentar la Solución de Monsel como alternativa para el tratamiento de dichos granulomas.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con granulomas proliferativos secundarios a quemaduras que no responden al tratamiento habitual de nuestra institución.

Resultados. Se incluyeron 3 pacientes, edad mediana de 2 años (1-7 años), mecanismo de lesión: 2 por escaldadura y 1 por contacto directo. Superficie corporal total quemada < 1%, todas localizadas en extremidad superior. Todos recibieron el mismo tratamiento con cura oclusiva. Tras 2 semanas, uno requirió exéresis de tejido necrótico. Todos presentaron granuloma proliferativo en el lecho de la lesión entre 3 y 8 semanas después del accidente. Se comprobó ausencia de infección y se trataron con corticoesteroides; pero dada la ausencia de mejoría clínica de las lesiones se inició tratamiento con Solución de Monsel tópico. Éste duró entre 5 y 11 días sin necesidad de ningún otro tratamiento, consiguiéndose la cicatrización completa. Se controlaron las heridas hasta su correcta epitelización.

Conclusiones. La solución de Monsel es una alternativa segura y costo-efectiva para el tratamiento de los granulomas proliferativos secundarios a quemaduras en edad pediátrica.

(Póster presentado)

- **Anomalías vasculares inclasificables en la infancia. Revisión de 10 casos.** Álvarez Barrial M, Nava Hurtado de Saracho FB, Serradilla J, Bueno Jiménez A, Triana P, Delgado C, Muñoz AJ, Miguel M, Díaz González M, Amesty V, López Gutiérrez JC. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La Sociedad Internacional de Anomalías Vasculares (ISSVA) ha reeditado en 2018 la Clasificación de Anomalías Vasculares, con la inclusión de nuevas entidades, mejor caracterización histopatológica e inmunohistoquímica y un mayor número de mutaciones genéticas encontradas. A pesar de ello, muchos casos no consiguen encontrar un diagnóstico definitivo incluso después de ser sometidos a revisión por equipos multidisciplinares internacionales.

Métodos. Realizamos una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 10 pacientes cuyo estudio exhaustivo clínico, radiológico, inmunohistoquímico y genético no ha conseguido un diagnóstico definitivo.

Resultados. Dos pacientes pertenecían al entorno de las malformaciones arteriovenosas, cuatro al entorno de las malformaciones venosas y cuatro al grupo de tumores vasculares. Los tratamientos empíricos incluyeron cirugía en 7, fulguración con láser en 1, Rapamicina en 1 y manejo conservador en 1.

Conclusiones. Queremos acercar a la comunidad de cirujanos pediátricos involucrados en el tratamiento de las anomalías vasculares congénitas la evidencia de que hasta un 5% de los enfermos estudiados pueden no encontrar un diagnóstico definitivo. A pesar del progresivo conocimiento de las Anomalías Vasculares, el cirujano pediátrico debe aceptar con humildad la imposibilidad de diagnóstico definitivo en algunos casos, olvidando protocolos y tratando a los pacientes de forma individualizada.

(Póster presentado)

- **Hemorragia por rotura de hemangiopericitoma congénito durante el parto.** Fernández Bautista B, García Lorca C, Berenguer B, De Tomás E. *Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. El hemangiopericitoma es un tumor de tejido blando derivado de los pericitos de Zimmerman, células contráctiles dispuestas en espiral que rodean los vasos sanguíneos. En los niños se presentan en dos formas clínicas: hemangiopericitoma congénito, que afecta a niños menores de un año de edad, con mejor pronóstico, y hemangiopericitoma adulto con peor pronóstico.

Métodos. Se presenta el caso de un paciente recién nacido a término, con ecografías prenatales normales, que presentó episodio de hemorragia grave tras rotura de tumoración en cuero cabelludo durante el parto. Tras el uso de fórceps, se produjo la rotura parcial de la tumoración, que produjo un sangrado masivo con necesidad de intubación, soporte inotrópico y vendaje compresivo craneal. Tras su estabilización, se identificó una masa fragmentada de 9 x 6 cm, realizando exéresis completa de la misma.

Resultados. La evolución postoperatoria fue favorable. Histológicamente se observó una neoplasia mesenquimal con predominio fusocelular con capilares rectos y vasos con aspecto hemangiopericitóide en cuerno de ciervo, respetando los bordes quirúrgicos de resección. Al 10º día postoperatorio

presentó una dehiscencia de la herida quirúrgica que requirió desbridamiento y cierre en quirófano. Fue dado de alta a los 20 días de la cirugía y no ha presentado recidivas hasta la fecha.

Conclusiones. El hemangiopericitoma ocurre raramente en niños. Aunque la mayoría son asintomáticos, pueden causar compresión de estructuras vecinas, pudiendo crecer o sangrar tan rápidamente que amenacen la vida. El tratamiento es la extirpación quirúrgica. La presencia de invasión regional, resección incompleta y tamaño tumoral grande son indicadores de mal pronóstico.

(Póster presentado)

- **Hemangiomas tipo NICH: cirugía radical tras embolización preoperatoria.** Ibarra Rodríguez MR, Castillo Fernández AL, Jiménez Crespo MV, Vázquez Rueda F, Cárdenas Elías MÁ, Rammarine Sánchez S, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.*

Objetivos. Los hemangiomas congénitos no involutivos (NICH) son un tipo particular de hemangiomas congénitos, completamente formados in útero y caracterizados por no sufrir involución en la fase postnatal. Presentamos nuestra casuística y experiencia.

Métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de NICH tratados en nuestro servicio.

Resultados. Obtenemos de esta revisión tres pacientes de 1 mes, 19 meses y 4 años de vida. El diagnóstico inicial fue de hemangioma infantil (en el 1^{er} caso), malformación vascular de bajo flujo (en el 2^o caso) y malformación vascular de alto flujo (3^{er} caso). Recibieron tratamientos previos con propranolol y corticoides en el primer caso, presoterapia en el segundo y propranolol y embolización en el tercer caso, sin mejoría. Tras estos tratamientos se consulta con nuestro servicio y se completa el estudio apoyándonos en pruebas de imagen tales como ecografía y RMN, tras las cuales sólo se sospecha NICH en uno de los tres casos. Se realiza exéresis quirúrgica radical en los tres casos y se confirma mediante anatomía patológica el diagnóstico de NICH.

Conclusiones. Ante la presencia de una lesión vascular completamente formada al nacimiento debe considerarse el diagnóstico de hemangioma congénito. Las lesiones tipo NICH deben manejarse mediante exéresis radical. La embolización preoperatoria es útil para disminuir el riesgo de sangrado intraoperatorio en lesiones con múltiples afluentes vasculares.

(Póster presentado)

- **Duplicación ileocecal en lactantes: malformación congénita rara con diversas manifestaciones clínicas. Tres casos clínicos.** Maruszewski P, Martín-Crespo Izquierdo RM, Ramírez Velandia H, Carrera Guermeur N, Luque Mialdea R. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.*

Objetivos. Análisis de las manifestaciones clínicas y resultados del tratamiento quirúrgico de duplicaciones intestinales ileocecales (DIIC) en neonatos y lactantes.

Métodos. Describimos 3 casos de DIIC, el 0,64% de las 465 laparotomías realizadas en niños menores de 12 meses en nuestro centro en la última década. Todos los pacientes fueron niñas, con edades de 0 a 8 meses (media de 4 meses). El diagnóstico de masa quística intraabdominal fue prenatal (n= 2) y postnatal (n= 1). De dos pacientes que presentaron obstrucción intestinal, una fue diagnosticada de invaginación intestinal. La ecografía abdominal (n= 3) y TC (n= 1) mostraron lesiones quísticas de 35, 39 y 50mm a nivel ileocecal.

Resultados. En los tres casos se indicó cirugía que confirmó el diagnóstico prequirúrgico de duplicación ileocecal. La intervención quirúrgica consistió en resección intestinal en bloque del segmento intestinal ileocecal con el quiste, y anastomosis íleo-cólica termino-terminal. Los quistes fueron extraluminales (n= 2; pared mesentérica compartida con el segmento ileocecal) e intraluminal (n= 1; importante reacción inflamatoria local asociada). El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de DIIC. En todos los casos se administró profilaxis antibiótica y nutrición parenteral total durante los primeros 5 días postoperatorios. Durante el seguimiento (1, 20 y 62 meses) las pacientes permanecen asintomáticas y presentan un adecuado crecimiento ponderal para su edad.

Conclusiones. DIIC es una patología congénita rara que suele presentarse con sintomatología digestiva y requiere tratamiento quirúrgico. En caso de imposibilidad de enucleación del quiste, la resección del segmento intestinal afectado ofrece buenos resultados funcionales a medio y largo plazo.

(Póster presentado)

- **Técnica de Collis-Nissen para la atresia de esófago long-gap.** Montero García J, Hernández Díaz C, Galvañ Félix Y, Ortega Escudero M, Ruiz Hierro C, Muguerza Vellibre R, Gutiérrez Dueñas JM. *Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Presentamos el caso de una AE long-gap corregida mediante la técnica de Collis-Nissen.

Métodos. A pesar de que el esófago nativo es el conducto de elección para la reconstrucción, en ocasiones son necesarias técnicas de sustitución esofágica.

Resultados. Varón pretérmino de 34 semanas de gestación con sospecha antenatal de atresia esofágica tipo I. En la exploración física al nacimiento fenotipo sindrómico (posteriormente se confirma Síndrome de Disostosis Mandibulofacial con Microcefalia) y radiografía de tórax con presencia de aire distal. A la semana de vida se realizó fibrobroncoscopia flexible, con presencia de fístula traqueo-esofágica a nivel de la carina y medición de la distancia entre cabos esofágicos de 5 cm, confirmando el diagnóstico de AE long-gap con fístula. Optamos por una anastomosis tardía, por lo que se realizó cierre de la fístula más gastrostomía. Tras un periodo de 3 meses y ante la persistencia de una distancia entre cabos de 4

cuerpos vertebrales, se decidió sustitución esofágica mediante la técnica de Collis-Nissen: se creó un tubo con la curvatura menor del estómago, utilizando el fundus gástrico restante para realizar una funduplicatura. En el tránsito realizado a la semana de la cirugía, paso adecuado de contraste a través de la anastomosis y no se apreciaban fugas. Se mantuvo con alimentación enteral de forma exclusiva y al mes y medio postoperatorio se inició alimentación por boca.

Conclusiones. La técnica de Collis-Nissen es un procedimiento seguro que permite realizar una anastomosis libre de tensión con una vascularización excelente, previene el reflujo gastroesofágico y presenta buenos resultados funcionales.

(Póster presentado)

- **Dermatofibrosarcoma protuberans en la población pediátrica.** Stout-Dore CS, Hernández del Arco S, Martínez Villamandos A, Parrado R, García Ceballos A, Primelles A. *Hospital Materno Infantil Málaga.*

Objetivos. El Dermatofibrosarcoma Protuberans constituye el 4% de los sarcomas de tejidos blandos, tiene un alto índice de recidiva local y baja capacidad de metástasis (< 5%). La incidencia es del 0,8-4,5 casos por millón de personas al año, el 6% de ellos en niños. Su aspecto es de una placa o nódulo de crecimiento lento y progresivo. Imatinib, un inhibidor de tirosín-quinasa, se ha demostrado eficaz como tratamiento del DFSP, actuando a nivel genético sobre el crecimiento tumoral (fusión COL1A1-PDGFB que caracteriza esta enfermedad). Presentamos dos casos pediátricos que combinan el tratamiento quirúrgico y biológico.

Métodos. 1º: Varón de 9 años con una tumoración en tronco de 9 meses de evolución. 2º: Mujer de 3 años con una placa en el muslo y crecimiento de nódulos en los últimos meses. RMN: lesión nodular de 2 cm de diámetro y afectación difusa de 10x5 cm.

Resultados. 1º: Se realizó exéresis completa de la lesión que precisó reintervención para ampliación de márgenes. No precisó tratamiento con Imatinib. 2º: Recibió Imatinib neoadyuvante y posteriormente cirugía (resección completa, cobertura con dermis artificial e injerto libre de piel).

Conclusiones. El DFSP se debe sospechar ante una lesión de crecimiento lento y su diagnóstico es anatomopatológico. La exéresis completa es el tratamiento de elección, que puede precisar de técnicas complejas procedentes de la cirugía plástica. Los casos deben presentarse en comité oncológico debido al riesgo de recidiva. Imatinib ha abierto una nueva brecha en el tratamiento de esta entidad poco frecuente pero agresiva.

(Póster presentado)

- **Revisión en el manejo de los tumores hepáticos san-grantes.** Stout-Dore C, Tejerina López R, Almendro García L, Parrado R, García Ceballos A, Primelles A. *Hospital Materno Infantil de Málaga.*

Objetivos. Presentación de dos casos de sangrado de masas hepáticas y la implicación de la embolización en la resolución de los mismos.

Métodos. *Caso 1.* Mujer de 11 años que a las 24 horas de ingreso para estudio de masa hepática derecha presenta cuadro de anemia progresiva diagnosticándose sangrado intratumoral. Se procede a embolización ramas de la arteria hepática derecha y posterior hepatectomía derecha a los 7 días. *Caso 2.* Mujer de 14 meses en estudio por masa hepática derecha presenta episodio de shock hipovolémico diagnosticándose de rotura tumoral. Se procede a la estabilización en UCIP y posterior embolización selectiva de ramas dislates de la arteria hepática derecha. No se produce mejoría clínica ni analítica por lo que se realiza hepatectomía derecha urgente.

Resultados. *Caso 1:* sarcoma indiferenciado con márgenes quirúrgicos libres. Desarrolló bilioma que fue drenado percutáneamente. Actualmente libre de enfermedad. *Caso 2:* Hepatoblastoma con implantes peritoneales y márgenes quirúrgicos afectos. Actualmente libre de enfermedad.

Conclusiones. El sangrado hepático agudo es una complicación rara (1%). En el paciente pediátrico se asocia a presencia de hemangiomas. Es más frecuente en sarcomas (5 y 10 años de edad) que entre los hepatoblastomas (< 5 años). El mecanismo etiopatogénico no está claro. El papel de la embolización arterial selectiva en el paciente pediátrico es controvertido, aunque se está revelando como una alternativa a la cirugía de emergencia, reservándose esta para los casos de fracaso o inestabilidad hemodinámica incontrolable.

(Póster presentado)

- **Fascitis necrotizante en niños. La necesidad de un abordaje multidisciplinar precoz.** Giménez-Aleixandre MC¹, Girón-Vallejo Ó¹, Ruiz-Pruneda R¹, Villamil V¹, Sánchez-Sánchez Á¹, Montoya-Rangel CA¹, Cánovas-Sanchis S², García-Paños JP³, Hernández-Bermejo JP¹. ¹*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.* ²*Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.* ³*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

Objetivos. Presentación de los casos de Fascitis Necrotizante (FN) atendidos en nuestro centro con el objetivo de poner de manifiesto su severidad y la necesidad de un rápido diagnóstico y tratamiento.

Métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de FN diagnosticados en nuestro centro en los últimos diez años.

Resultados. Cuatro pacientes fueron diagnosticados de FN, mortalidad del 50%. Todos pacientes oncológicos neutropénicos al diagnóstico, 1 Linfoma de Burkitt (LB) y 3 Leucemias agudas linfoblásticas (LAL). Primer paciente: LAL con fisura anal que evolucionó a gangrena de Fournier. Preciso colostomía y desbridamiento con posterior colgajo de avance V-Y. Cultivo: Enterococcus faecium y Pseudomonas aeruginosa.

nosa sensibles a meropenem. Segundo paciente: LAL con tilitis y hematoma periumbilical que se extendió hasta axilas y raíz de miembros pese a incisiones de descarga y antibióticos de amplio espectro. Cultivo: Aeromonas sobria sensible a piperazilina-tazobactam. Exitus por shock séptico. Tercer paciente: LAL con úlcera maleolar por émbolos sépticos que evolucionaron a FN. Preciso escarectomías y fasciotomías, con evolución satisfactoria. Cultivo: Proteus mirabilis sensible a piperazilina-tazobactam. Paciente 4: LB con tumefacción perianal que desarrolló FN, enterocolitis neutropénica y shock séptico fulminante. Cultivo: Pseudomonas aeruginosa sensible a piperazilina-tazobactam.

Conclusiones. La FN es una patología con elevada morbimortalidad, precisa de alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. La variabilidad de los síntomas iniciales y la falta de protocolos estandarizados supone un retraso en su tratamiento. Es necesario un abordaje multidisciplinar entre cirujanos pediátricos, intensivistas y oncólogos para lograr un correcto tratamiento médico-quirúrgico, basado en desbridamientos y antibióticos de amplio espectro.

(Póster presentado)

- **Lipoblastomas: un tumor poco frecuente.** Ibarra Rodríguez MR, Vázquez Rueda F, Vargas Cruz V, Jiménez Crespo MV, Garrido Pérez JI, Cárdenas Elías MÁ, Ortega Salas R, Paredes Esteban RM. *Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.*

Objetivos. Los lipoblastomas son tumores infrecuentes que derivan del tejido adiposo embrionario. Casi exclusivos de la infancia y adolescencia, presentan buen pronóstico a pesar de su rápido crecimiento. Presentamos nuestra experiencia.

Métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de lipoblastoma y tratados en nuestro servicio en los últimos 20 años

Resultados. *Caso 1:* Varón de 15 meses que consulta por cuadro febril. En la exploración abdominal se palpa masa no dolorosa en hemiabdomen izquierdo que cruza la línea media. En ecografía y TAC se identifica una gran masa intraperitoneal con abundante tejido graso que desplaza las asas intestinales sin invadirlas. *Caso 2:* Niña de 24 meses con masa en labio mayor derecho con extensión inguinal. En ecografía y RMN, se aprecia masa septada en tejido graso subcutáneo, sin infiltrar estructuras más profundas. *Caso 3:* Niño de 20 meses que consulta por tumoración axilar izquierda con sospecha de adenopatía de evolución desfavorable con tratamiento médico. Se realiza ecografía con sospecha de lipoblastoma. En todos los pacientes se realiza exéresis quirúrgica radical y se confirma el diagnóstico mediante anatomía patológica y técnicas de inmunohistoquímica

Conclusiones. A pesar de ser muy infrecuente, es necesario pensar en el lipoblastoma como posible diagnóstico ante un paciente con una tumoración en partes blandas ya que aunque benigno puede ser localmente agresivo. La resección ha de

ser completa para evitar recidivas aunque no se recomienda la cirugía mutilante. El pronóstico es bueno a pesar del tamaño, el crecimiento rápido y la invasión local del tumor.

(Póster presentado)

- **Neumonecrotomía en niños: la importancia de estabilizar el mediastino.** Jiménez Arribas P, García Martínez L, Laín Fernández A, Giné Prades C, Moreno Galdo A, López Paredes M. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El síndrome postneumonecrotomía (SPN) es una complicación grave, más frecuente en niños. Analizamos nuestra experiencia con el uso de prótesis intratorácicas expansibles (PIE) postneumonecrotomía en pacientes pediátricos.

Métodos. Análisis retrospectivo de neumonecrotomías realizadas en 2002-2017. En casos seleccionados se colocó PIE de tamaño similar al de la cavidad torácica medida en estudios de imagen prequirúrgicos. El volumen inicial se decidió intraoperatoriamente en función de la situación hemodinámica del paciente al expandir la PIE. La principal contraindicación para su colocación fueron las neumonecrotomías de causa infecciosa.

Resultados. Seis pacientes (4 mujeres/2 varones) fueron neumonecrotomizados (4 derechas/2 izquierdas) con una mediana de edad de 4 años (15 meses-15 años). Las indicaciones fueron: hemoptisis secundaria a atresia de venas pulmonares (2), bronquiectasias (1), neumonía necrotizante (1), broncopatía estenosante (1) y secuestro pulmonar (1). Se colocó PIE en 3 pacientes: en 2 de forma profiláctica y en 1 para tratar un SPN, 8 meses postneumonecrotomía derecha en la que no se colocó PIE. Posteriormente ningún paciente desarrolló SPN. Un caso requirió recambio por rotura. No se identificaron infecciones relacionadas con la PIE. Con una mediana de seguimiento de 2 años (0,5-12 años), todos sobreviven. Una paciente portadora de PIE desarrolló escoliosis progresiva y pectus carinatum precisando tratamiento ortopédico.

Conclusiones. La colocación de PIE postneumonecrotomía puede evitar el SPN. Debe considerarse en todos los pacientes, aunque en casos de etiología infecciosa debe individualizarse su uso. Es necesario seguimiento a largo plazo para valorar el desarrollo de deformidades musculoesqueléticas y determinar el papel de las PIE en su prevención.

(Póster presentado)

- **Primer cuestionario en castellano para screening de disfunción del tracto urinario inferior en edad pediátrica.** Casal Beloy I, Somoza Argibay I, Míguez Fortes L, García González M, Dargallo Carbonell T. *Hospital Materno Infantil. A Coruña.*

Objetivos. Realizar la validación del cuestionario PLUTSS (Escala de Síntomas del Tracto Urinario Inferior), traducirlo al castellano, adaptarlo culturalmente a la población pediátrica española y ponerlo en práctica.

Métodos. En primer lugar, creamos la versión española del cuestionario PLUTSS original siguiendo los Principios de la ISPOR (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*). Entre Febrero de 2015 y Febrero de 2016 entregamos el cuestionario a 80 pacientes: 40 con clínica compatible con disfunción del tracto urinario inferior y 40 sin patología urológica. Finalmente realizamos un estudio descriptivo para validar el cuestionario: Evaluamos la consistencia interna con el Coeficiente de Cronbach; Comprobamos la validez de la escala estudiando la fiabilidad del test-retest, (Coeficiente de correlación intraclass); Definimos el punto de corte del cuestionario y su capacidad para diferenciar entre sanos y enfermos.

Resultados. La consistencia interna de nuestra escala fue elevada: Coeficiente de Cronbach: 0,827 y el test-retest mostró un Coeficiente de correlación intraclass de 0-997 (95% IC: 0,994-0,999) ($p < 0,001$) Obtuvimos diferencias significativas entre las medias de puntuación obtenidas con el nuevo cuestionario en ambos grupos: 20,53 y 3,27 en los casos y en los controles respectivamente.

Conclusiones. Los resultados de nuestro trabajo prueban que la escala PLUTSS validada al castellano tiene un alto nivel de consistencia y aplicabilidad, y que es culturalmente equivalente a la versión original. Esta escala tiene capacidad para discriminar pacientes con MUTI. Podría ser una herramienta útil para evaluar objetivamente la respuesta al tratamiento de estas patologías.

(Póster presentado)

- **Experiencia inicial con lámina de regeneración dérmica monocapa en el manejo de la fístula uretrocutánea recurrente.** Casal Beloy I, Míguez Fortes L, García González M, Somoza Argibay I, Dargallo Carbonell T. *Hospital Materno Infantil A Coruña*.

Objetivos. Evaluar la aplicabilidad y los resultados iniciales del tratamiento de la fístula uretrocutánea recurrente en la población pediátrica mediante la utilización de una lámina de regeneración dérmica como cobertura uretral.

Métodos. Estudio prospectivo desde Mayo del 2016 hasta Diciembre del 2017. Los criterios de inclusión fueron: una o varias cirugías de reparación de fístula sin éxito, más de 6 meses de evolución desde la última cirugía, ausencia de tejido prepucial. Se realizó la disección del trayecto fistuloso, la sección del mismo y el cierre del defecto uretral. Una lámina de regeneración dérmica se situó sobre la sutura uretral. Finalmente se realizó un colgajo cutáneo de rotación evitando la superposición de las suturas. Fue realizado un seguimiento mensual de los pacientes en consulta mediante exploración física y evaluación del chorro miccional.

Resultados. 10 pacientes fueron incluidos en el estudio (11 fístulas). Localización: 3 fístulas proximales, 3 medias y 5 distales. Edad media en el momento de la cirugía: 7 años (R: 3-13). Tamaño medio de las fístulas: 3mm (R: 2-4 mm). Media de cirugías previas: 3 (R: 2-5). Tiempo quirúrgico medio: 72

min (R: 45-160). No existieron complicaciones durante la cirugía. Con un seguimiento medio de 9 meses (R: 5-13), únicamente 1 paciente (9%), sufrió una recidiva de la fístula uretrocutánea. El resto de los pacientes (91%) no desarrollaron ninguna complicación durante su evolución.

Conclusiones. En nuestra experiencia inicial, la técnica descrita parece sencilla, segura y eficaz en el manejo de los pacientes con fístulas uretrocutáneas recurrentes.

(Póster presentado)

- **Oxibutinina intravesical urgente en el rescate vesical de un neonato con válvulas de uretra posterior.** Pérez Martínez A¹, Molina Caballero A¹, Sierra Colomina G², Jordá Serrera N², Hernández Martín S¹, Bardají Pascual C¹. ¹*Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra.* ²*UCI Neonatal. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Objetivos. En lactantes con vejiga neurógena la oxibutinina oral mejora el comportamiento vesical. La utilización de este fármaco por instilación intravesical urgente y a altas dosis no ha sido descrita previamente en neonatos.

Métodos. Presentamos el caso de un recién nacido diagnosticado de válvulas de uretra posterior con ureterohidronefrosis bilateral y pared vesical muy engrosada. La sonda vesical colocada al nacer dejó de producir orina a las 12 h de vida. En los siguientes tres días se desarrolló una ureterohidronefrosis bilateral grado V e insuficiencia renal con oligoanuria y alteraciones electrolíticas graves (hiponatremia, hiperpotasemia y creatinina de 3 en aumento). Ecográficamente la vejiga estaba vacía con la pared hipertrofiada abrazando estrechamente el globo de la sonda. Obligados a realizar una ureterostomía bilateral urgente intentamos previamente, un tratamiento empírico con oxibutinina intravesical (suspensión de 5 mg/20 ml de suero fisiológico, instilando 4 ml/4 h).

Resultados. A las 12 h de iniciado ya orinaba 10 ml/k/h normalizando el ionograma a los tres días. A los 15 días de vida se realizó resección transuretral de las válvulas y pasamos la oxibutinina a vía oral (0,3 mg/k/día en dos tomas) que actualmente mantiene con 8,5 meses de vida.

Conclusiones. La obstrucción ureteral parecía causada por la hipertrofia del detrusor. Era razonable emplear un anticolinérgico para relajar la pared vesical. Solo la terapia intravesical permitía administrar dosis elevadas sin efectos secundarios indeseables. La oxibutinina intravesical es un recurso terapéutico poco utilizado y en el caso de neonatos inédito pero es un recurso para tener en cuenta.

(Póster presentado)

- **Empleo del catéter Blue-Stent como alternativa a doble J en la pieloplastia laparoscópica.** Tejerina López R, Ibáñez Cerrato F, Martínez Villamandos A, Almendro García L, Míeles Cerchar M, Recober Montilla A. *Hospital Regional Universitario de Málaga*.

Objetivos. Evaluar el empleo del catéter con prolongación externa *Blue-Stent* como alternativa al doble J en una serie de pacientes intervenidos de pieloplastia laparoscópica.

Métodos. Análisis de una serie de 43 pieloplastias realizadas mediante abordaje laparoscópico entre Diciembre de 2010 y Mayo de 2017 en los que se empleó *Blue-Stent* en lugar de doble J en 40 casos.

Resultados. El tiempo medio de colocación del *Blue-Stent* fue de 5,8 minutos (rango: 2-22; moda: 5) objetivando una reducción progresiva de dichos tiempos a la par que se incrementó el número de intervenciones. El tiempo medio hasta la retirada fue de 15,18 días (rango: 6-25; moda 15). Como complicaciones, se presentó una migración distal del catéter resuelta con extracción percutánea, una extracción del mismo accidental y dos obstrucciones del catéter por coágulo (en uno de los pacientes, la obstrucción se asoció a urinoma y a la migración distal mencionada).

Conclusiones. El empleo del catéter *Blue-Stent* se presenta como alternativa al doble J segura, práctica y factible en la práctica quirúrgica. La posibilidad de retirada en consulta evita la cistoscopia y por tanto, una nueva intervención con anestesia general sobre el paciente.

(Póster presentado)

- **Mejoras técnicas: nuevo separador-fijador de pene para la cirugía del hipospadias.** De Diego Suárez M, Isnard Blanchar RM, Manzanares Quintela A, Castellví Gil A, Abad Calvo MP, Oviedo Gutiérrez M. *Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.*

Objetivos. El hipospadias es una patología prevalente dentro de la cirugía pediátrica. Abarca todo un espectro de presentaciones, desde las formas distales, glandares, con o sin afectación de la piel prepucial, hasta las formas proximales que son más severas. La cirugía reparadora suele realizarse en edades precoces, con frecuencia a partir del año de vida. Es una cirugía delicada, minuciosa, que requiere una correcta exposición del pene, y la inmovilidad del mismo.

Métodos. Se presenta un nuevo dispositivo separador-fijador peneano, que facilita la exposición del campo quirúrgico, manteniendo la tensión exacta que decide el cirujano durante el tiempo que éste decide, sin interferencias en la zona de trabajo, y anulando la necesidad de que un ayudante se emplee en dicho cometido.

Resultados. El uso de este dispositivo facilita la cirugía del hipospadias gracias a una correcta exposición, con una tensión y estabilidad adecuadas y ajustables en todo momento.

Conclusiones. El uso de nuevas tecnologías con un cometido concreto facilita el trabajo del cirujano, en beneficio del paciente.

(Póster presentado)

- **Duplicación vesical en el plano coronal de presentación neonatal.** Rojas-Ticona J¹, Fernández Córdoba MS¹, Nam

Cha SH², Marijuán Sahuquillo V¹, Ramírez Piqueras M¹, Moratalla Jareño T¹, Argumosa Salazar YM¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos. Presentar un raro caso clínico de duplicación vesical en el plano coronal en un niño, con manifestación clínica desde el periodo neonatal e importante compromiso del vaciado vesical.

Métodos. Paciente masculino, nacido a término, con antecedente prenatal de dilatación pieloureteral derecha y probable ureterocele. Presentaba desde el nacimiento disminución progresiva de la frecuencia miccional hasta producirse retención urinaria a los dos meses de edad. En el examen físico se palpaba una tumoración abdominal de consistencia media en hipogastrio. La ecografía abdominal describía una estructura pélvica de contenido líquido y la cistouretrografía mostraba una vejiga desplazada hacia la izquierda por una imagen redondeada que impronta sobre su cara derecha, sin reflujo ureteral y uretra normal. La resonancia magnética identificaba una gran masa quística de 63x36x55 mm prerrectal que produce desplazamiento vesical e hidronefrosis bilateral severa.

Resultados. Se realizó laparotomía por incisión suprapúbica transversa encontrando duplicación vesical en el plano coronal y dilatación importante de ambos uréteres. No se evidenció comunicación con uretra normal mediante cistoscopia. Se realizó exéresis de vejiga duplicada hasta segmento distal adherido a zona retroprostática. La anatomía patológica confirma una estructura de tejido muscular revestida de epitelio embrionario tipo cloacal. La evolución clínica ha sido favorable con disminución de la dilatación pielocalicial bilateral.

Conclusiones. La duplicación vesical es una rara anomalía congénita con manifestación clínica variable. Se han publicado sólo 10 casos de duplicación vesical en el plano coronal, ninguno de los cuales presentaba compromiso importante del vaciado vesical desde el periodo neonatal, a diferencia del caso clínico que describimos.

(Póster presentado)

- **¿Es la ureterostomía inguinal precoz una técnica útil en pacientes seleccionadas con uropatía obstructiva?** Aguilera Pujabet M, Gander R, Leganés Villanueva C, Royo Gomes G, López Paredes M, Asensio Llorente M. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. El objetivo de este estudio es evaluar las ventajas de la ureterostomía inguinal precoz (UIP) en pacientes con uropatía obstructiva.

Métodos. Estudio prospectivo (junio 2016-diciembre 2017) de pacientes con uropatía obstructiva tratados temporalmente con UIP. Mediante una mini-incisión inguinal transversa (2 cm) se accedió al espacio retroperitoneal localizando el uréter. Se exteriorizó fijándose al plano muscular y

se maduró a piel con puntos simples reabsorbibles quedando ostomizado en toda la superficie de la incisión. Analizamos indicaciones, complicaciones y resultados.

Resultados. Se intervinieron 4 pacientes (3 niñas/1 niño) con una media de edad de 3,5 meses (DS: 1,9). La patología de base fue: duplicidad renal con ureterocele (2), duplicidad renal con uréter ectópico (1) y megauréter obstructivo (1). Todos presentaban ureterohidronefrosis (UHN) grado IV al diagnóstico con dilatación ureteral distal > 1 cm. Los pacientes con duplicidad renal presentaban funciones diferenciales del hemiriñón afectado < 20% y lesiones corticales en la gammagrafía. La indicación quirúrgica fue la persistencia de

la UHN grado IV y la infección del tracto urinario (ITU) en 1 paciente. Ningún paciente presentó complicaciones intra o postoperatorias. Ningún paciente presentó ITUs en el postoperatorio y la UHN disminuyó en todos ellos. La derivación fue socialmente aceptable por los padres. La media de seguimiento fue de 13,5 meses (DS: 3,7).

Conclusiones. La UIP es una técnica temporal sencilla, mínimamente invasiva y fácilmente reproducible. Permite una inmediata resolución de la UHN y previene el deterioro de la función renal secundaria a la obstrucción y las infecciones de repetición hasta la cirugía definitiva.

(Póster presentado)