

LIBRO DE ABSTRACTS

*XVII REUNION ANUAL DE LA A.C.P.A. (ASOCIACION DE
CIRUJANOSPEDIATRICOS DE ANDALUCIA).*

ALMERIA, 25 y 26 de Noviembre 2022

Sede: Hospital Materno Infantil Torrecárdenas. ALMERIA

**Lugar: Salón de Actos. Planta baja. Entrada principal Hospital
de Adultos**



1.¿Casual o causal? Vólvulo gástrico como debut de una fistula traqueoesofágica.

Padilla Zhucuzhañay Marcia Alexandra, Aranda García María, RuizPruneda Ramón, Sánchez Sánchez Ángela, Menacho Hernández Carmen, Rondon Berrio Johanna, Silvente Bernal Sara, Hernández Bermejo Juan.
Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia-España.

INTRODUCCION

La fístula traqueoesofágica congénita(FTE) se asocia a atresia esofágica en el 95 %de los casos, siendo la FTE aislada infrecuente. Se manifiesta con infecciones respiratorias recurrentes. El vólvulo gástrico es una urgencia quirúrgica y la clínica depende del grado de obstrucción con signos inespecíficos como distrés respiratorio, vómitos, sialorrea, etc.

CASO CLINICO

Lactante de 14 meses con antecedente de procesos respiratorios de repetición, que ingresó con un cuadro respiratorio y sospecha de bronquiolitis. A las 24 horas tuvo un empeoramiento respiratorio y del estado general, se realizó radiografía de tórax que incluyó abdomen constatando una gran distensión gástrica(Fig1). Fue intervenido de forma urgente evidenciando un vólvulo gástrico agudo que no precisó resección realizando solo gastropexia. Durante la cirugía a pesar del vaciado con sonda del estómago, permanecía lleno. El postoperatorio fue favorable y se realizó un tránsito esofagogástrico con el hallazgo de FTE cervical(Fig2). Se realizó una traqueobroncoscopia para canalización de la FTE y posterior cierre por abordaje cervical(Fig3). El postoperatorio fue favorable y en los controles posteriores sin recidiva de la FTE ni de la clínica respiratoria.

DISCUSION

La FTE tipo V es una conexión anormal con un trayecto oblicuo(N), entre la pared posterior de la tráquea y la anterior del esófago. Se localiza casi siempre en la región cervical o en la entrada al tórax. El diagnóstico sigue siendo un desafío por la variabilidad clínica, y ante la sospecha clínica debe iniciarse los estudios necesarios y evitar retrasos en el diagnóstico. En este caso la distensión gástrica constante durante la cirugía a pesar de aspirarlo con sonda nasogástrica repetidamente, nos hizo sospecharla. La traqueobroncoscopia preoperatoria es fundamental para localizar la fístula y facilitar la cirugía.

La reparación quirúrgica de la FTE es el tratamiento de elección, con abordaje cervical para las fístulas por encima de la segunda vértebra torácica, y el torácico para las más distales.

La asociación de FTE y vólvulo gástrico apenas está descrita en la literatura y pensamos que puede existir una relación de causalidad entre ambos, siendo el paso constante de aire a estómago el causante de su distensión crónica y favorecedor del vólvulo gástrico.

2.Ingesta de imanes de neodimio: diferentes formas de presentación y manejo.

Cárdenas Cárdenas, Karen; Moreno Delgado, José; Barnes Marañón, Sarah; Licerias Licerias, Esther; Castilla Parrilla, Elena; Botia Martínez, Carmen. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

INTRODUCCIÓN: La ingesta de imanes es un problema creciente en los últimos años. Su diagnóstico puede ser difícil si la ingesta no ha sido presenciada por un adulto, ya que los síntomas suelen ser inespecíficos, dando como resultado un retraso en el diagnóstico con un aumento de su morbimortalidad.

RESUMEN DEL CASO: Presentamos tres casos de ingesta de imanes, tratados de forma distinta.

Nuestra primera paciente es una niña de 3 años referida a nuestro centro por clínica de dolor abdominal y vómitos. La familia refiere ingesta accidental de imanes aproximadamente 19 días antes. Al inicio presenciaron la ingesta de 2, y es en la radiografía realizada a las 24 horas cuando se contabilizan en torno a 10. En hospital de origen, ante la ausencia de clínica asociada, deciden manejo conservador y actitud expectante con control radiológico seriado. Ante la aparición posterior del dolor intenso y vómitos es cuando derivan a nuestro centro. Al ingreso se realiza nueva radiografía compatible con obstrucción intestinal y se interviene de forma urgente hallando 2 fistulas a nivel ileal por unión entre los imanes, precisando extracción y anastomosis ileo ileales.

El segundo paciente de 3 años es llevado a la urgencia por ingerir 3 imanes en presencia de la hermana. En primer lugar, se realizó endoscopia en su hospital en la que no se visualizaron los imanes, por lo que lo derivan a nuestro centro, donde es tratado con manejo conservador por 5 días y posteriormente se realiza colonoscopia, visualizándose 3 imanes en ciego que se extraen con cesta de Roth. La tercera paciente de 12 años es llevada a urgencias por ingerir 2 imanes. Derivada a nuestro centro al diagnóstico, se manejó con tratamiento conservador por 5 días, tras los cuales los expulsó sin incidencias.

En los 3 casos la evolución posterior ha sido favorable, sin presentar complicaciones hasta el momento.

CONCLUSIONES: Es importante conocer tanto el número de imanes, como el tipo de imán y si la ingesta fue de forma separada, ya que el riesgo de complicaciones como obstrucción, perforación o fístulas aumenta en este caso, inclinándonos por un manejo quirúrgico. Obtener una historia detallada es esencial para realizar un manejo acorde a cada situación.

3.Alteraciones en la manometría esofágica de alta resolución en pacientes con dermatomiositis juvenil y esclerodermia.

*Bayarri Moreno, Mariona, Granero Cendon, R, Valenzuela Lopez, C; Villarejo Pérez A, García Malagón C, Camacho Lovillo M, Moya Jimenez, MJ.
Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla.*

Introducción y Objetivos:

La manometría esofágica de alta resolución (HRM) junto con la clasificación de Chicago de los trastornos de motilidad esofágica ha permitido afinar y estandarizar el diagnóstico de trastornos de la motilidad esofágica.

El objetivo del estudio es describir la prevalencia y las características de la afectación esofágica valorada mediante HRM en los pacientes diagnosticados de dermatomiositis juvenil (DMJ) y esclerodermia (ES) en un hospital de tercer nivel.

Métodos:

Revisión retrospectiva de los pacientes con dermatomiositis juvenil o esclerodermia en seguimiento en nuestro centro que se han sometido a HRM, evaluados según la Clasificación de Chicago 2015.

Resultados:

Nuestra cohorte incluye 9 pacientes (5 DMJ y 4 esclerodermias de las cuales, 3 sistémicas y 1 forma localizada). 8 de los pacientes fueron mujeres, con una mediana de edad de presentación de 9 años y una mediana de retraso diagnóstico de 2 meses. Un solo paciente refería síntomas al diagnóstico (disfagia a sólidos), mientras que otros dos presentaron síntomas durante el seguimiento (disfagia a sólidos, pirosis). La HRM, que en todos los casos se realizó al diagnóstico, fue patológica en 8 pacientes. Las alteraciones más frecuentes fueron: motilidad esofágica infeicaz (66%), esfínter esofágico inferior hipopresivo (33%) y aumento significativo del número de ondas terciarias (66%). 3 pacientes se sometieron a una segunda HRM con un tiempo de latencia desde el diagnóstico de 2 años de mediana. En un caso los hallazgos manométricos se normalizaron tras el tratamiento, en otro no presentaron cambios y un caso mostraron un empeoramiento en la motilidad esofágica, el cual en el control clínico se apreció también empeoramiento de su enfermedad.

Conclusiones:

Nuestros datos ponen de manifiesto que aún asintomáticos, a menudo los pacientes con DMJ y esclerodermia presentan dismotilidad esofágica en el estudio de HRM. Se debe profundizar en los cambios de la motilidad esofágica que presentan estos pacientes tras la instauración del tratamiento adecuado y en el uso como detector precoz de progresión de enfermedad ya que pueden ayudar a dirigir el tratamiento.

4.Prevencción de lesiones iatrogénicas de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica. A propósito de un caso.

Castilla Parrilla, Elena M; Cárdenas Cárdenas, Karen Stefanía; Díaz Moreno, Eloísa; Navarro Pardo, Juan Francisco; Fernández-Valadés, Ricardo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción

La complicación más temida, tanto en la colecistectomía laparotómica como en la colecistectomía laparoscópica es la lesión iatrogénica de la vía biliar (LIVB). Además, las LIVB suponen una importante morbilidad y mortalidad requiriendo tratamientos complejos y costosos. Por esto, realizar una adecuada disección y conseguir una visión crítica de seguridad se considera que disminuye el riesgo de lesión.

Para ello, se han desarrollado numerosas técnicas de imagen intraoperatorias que evidencian la anatomía biliar y hacen la colecistectomía laparoscópica más segura, entre ellas la colangiografía por fluorescencia con verde de indocianina.

El verde de indocianina es un pigmento tricarbocianina que se administra de manera intravenosa, rápidamente y de manera completa se une a la albúmina y es captado por los hepatocitos y eliminado por la bilis.

En cirugía, esta propiedad nos posibilita visualizar estructuras no detectables a simple vista, evaluar la perfusión de tejidos, y valorar procesos metabólicos tras la administración de un fluoróforo. Esto ha hecho que el uso de la fluorescencia en cirugía se haya expandido en los últimos años, utilizándose cada vez con mayor frecuencia en diversos procedimientos quirúrgicos.

Caso Clínico

Paciente de 12 años con antecedentes personales de válvulas de uretra posterior, atrofia renal izquierda precisando posteriormente nefrectomía y duplicación intestinal colónica completa intervenida.

Presenta varios cuadros de dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, asociado a náuseas y vómitos, precisando ingreso hospitalario para el control del dolor, en los estudios ecográficos se evidencia colelitiasis múltiples, por lo que decidimos programar para colecistectomía laparoscópica. Dados los antecedentes quirúrgicos, decidimos utilizar el protocolo de "USO DE VERDE DE INDOCIANINA" de nuestro centro, para ayudarnos a la identificación correcta del árbol biliar.

Se realizó la administración 18 h antes de la intervención a dosis de 0.5 mg/kg.

Durante la intervención quirúrgica se identifica la vesícula biliar, con múltiples adherencias, mediante la fluorescencia identificamos el cístico y la vía biliar pudiendo completar la colecistectomía laparoscópica de manera segura.

Conclusiones

Se ha comprobado la utilidad de la colangiografía por fluorescencia con verde de indocianina intraoperatoriamente para la visualización del árbol biliar en patología con anatomía compleja tratando de disminuir la incidencia de lesiones de la vía biliar. Se ha demostrado que es una técnica segura, fácil de realizar y que permite dibujar en la mayoría de las ocasiones la vía biliar.

5.Magnamosis: anastomosis no quirúrgica en atresia esofágica long-gap

Hidalgo Hidalgo V, Moriczi M, Galera R, Martín González M, López Candel E (), Alonso Jiménez L (*). Servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica (*). Hospital Materno Infantil Torrecárdenas. Almería.*

Introducción:

La atresia esofágica (AE) constituye la anomalía congénita más frecuente del esófago, afectando a 1/3000-4500 recién nacidos. La AE con larga distancia entre cabos o long-gap representa el 5- 8% de los casos, y supone un mayor desafío terapéutico por su complejidad. Presentamos un caso de atresia de esófago tipo I en la que tras la anastomosis termino-terminal presenta nuevamente discontinuidad esofágica, que es reparada definitivamente mediante compresión magnética no quirúrgica.

Resumen del caso:

Se trata de una recién nacida pretérmino por cesárea inducida debido a preeclampsia materna a las 34+5 semanas de gestación. En la ecografía prenatal de las 22 semanas de gestación se sospechó la atresia esofágica al observarse polihidramnios y no visualizarse la cámara gástrica.

El diagnóstico se confirmó al nacimiento mediante radiografía simple; colocándose una sonda de aspiración continua de doble luz en el bolsón esofágico superior e iniciando nutrición parenteral de forma precoz. A las 24 horas de vida se realizó una gastrostomía percutánea y se midió la distancia entre ambos cabos esofágicos mediante el método de Hegar, siendo equivalente a la altura de 7 vértebras torácicas.

A los 4 meses de vida se realizaron dos cirugías de aproximación de los cabos esofágicos mediante elongación intratorácica, quedando ambos a una distancia de 2 cm y llevándose a cabo la anastomosis termino-terminal a los 5 meses de edad. Dos meses tras la intervención presentó aumento de sialorrea, objetivándose en el tránsito esofagogástrico nuevamente la discontinuidad del esófago a nivel del tercio proximal. La anastomosis esofágica definitiva se consiguió a los 9 meses de vida mediante anastomosis por compresión magnética. Se colocaron dos imanes de neodimio intraesofágicos de 3 y 5 mm de diámetro, cada uno se situó intraluminal en la punta de cada bolsón esofágico bajo guía endoscópica, comprobándose la correcta alineación de éstos por radioscopia; retirándose posteriormente.

Tras la reparación por magnamosis la paciente ha presentado reestenosis de la anastomosis, precisando dilataciones esofágicas con balón neumático periódicas. Actualmente tiene 3 años y medio de edad y sigue alimentación variada oral en todas las texturas, con adecuado desarrollo pondoestatural.

Comentarios:

La atresia esofágica long-gap implica un mayor desafío terapéutico por su complejidad, requiriendo en la mayoría de los casos anastomosis quirúrgica diferida, incluso en algunos de ellos la sustitución esofágica. La anastomosis magnética permite la reparación no quirúrgica de esta malformación, evitando complicaciones. Sin embargo, la reestenosis de la anastomosis es frecuente, precisando dilataciones esofágicas precoces.

6.30 años en la enfermedad inflamatoria intestinal, nuestra experiencia

Grijalva Estrada Ornella, Garrido Pérez José Ignacio, Murcia Pascual Francisco Javier, Gallardo Valverde José María, Gonzalez De Caldas Marchal Rafael, Paredes Esteban Rosa María. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es la inflamación crónica del tracto digestivo de causa desconocida que cursa con brotes y remisiones. Incluye dos trastornos: Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) que se definen según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. El 25% de la EII debuta antes de los 18 años asociándose con mayor severidad, progresión rápida, necesidad de intervención quirúrgica temprana y complicaciones postoperatorias. Realizamos una revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de EII en los últimos 30 años (1992-2022) e intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro. Analizamos datos epidemiológicos, edad al diagnóstico, tipo de evolución, clasificación de Paris (cP), indicaciones de tratamiento quirúrgico y complicaciones.

Resultados

113 pacientes diagnosticados de EII durante la infancia, 43 con EC, 30 con CU y 40 con CI, de estos últimos, durante el seguimiento 10 se diagnosticaron finalmente como EC y 6 como CU. Del total, 25 (22%) precisaron manejo quirúrgico: 13 con EC, 11 con CU y 1 con CI. Tiempo medio desde el diagnóstico hasta la cirugía 75 meses (rango 2-243). En el 100%, la indicación de intervención quirúrgica fue el fracaso del tratamiento médico. De los pacientes con EC, 8 requirieron resección parcial y 5 fistulectomía por enfermedad periana, 6 con afectación ileocólica(L3), 2 afectación colónica(L2), 3 con patrón estenosante(B2), 2 con patrón penetrante(B3) y 2 con patrón estenosante-penetrante (B2-B3), sin complicaciones en el postoperatorio inmediato, una de las pacientes se complicó con obstrucción intestinal que requirió reintervención. El paciente que se intervino con CI padecía de dolores abdominales recurrentes, por lo que se optó por laparotomía exploradora, sin hallazgos relevantes. La cirugía de elección en pacientes intervenidos de CU(n=11) fue la proctocolectomía con reservorio ileoanal en J(n= 6); colectomía subtotal(n= 4); y hemicolectomía(n= 1). Todos precisaron de ileostomía de descarga. 8 pacientes presentaron complicaciones; obstrucción intestinal por bridas(n= 2), relacionada con la ileostomía(n= 1), reservoritis(n=4). y fístula reservorio-vagina, que resultó en una ileostomía definitiva(n= 1).

Conclusiones

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en el niño tiene peculiaridades clínicas y psicosociales que la diferencian de la del adulto y que pueden condicionar enfoques terapéuticos distintos. La EII presenta elevada morbimortalidad, especialmente en la infancia. La cirugía es precisa en casos refractarios al tratamiento médico, siendo de gran importancia el manejo multidisciplinar.

7. Experiencia preliminar en el tratamiento de la uretritis idiopática con inyección de triamcinolona intrauretral

Botía Martínez, Carmen(1); Sonia Pérez-Bertólez(2) ; Isabel Casal Beloy(1) ; Oriol Martín- Solé (2), Mar Carbonell(2) ; Blanca Capdevila (2) ; Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) (1), Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) (2)

Introducción: La uretritis idiopática (UI) en niños tiene una etiología desconocida y es de difícil manejo. Inicialmente, el tratamiento de la UI se basaba en el uso de antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos orales, con bajas tasas de respuesta. Distintos autores han descrito buenos resultados con la instilación de corticoides tópicos en niños y con la inyección local en adultos. El objetivo de este trabajo es reportar la experiencia inicial con la inyección local de esteroides en pacientes pediátricos con UI atendidos en el Hospital Sant Joan de Deu (HSJD).

Materiales y métodos: Recogida prospectiva de datos de niños diagnosticados de UI durante un período de 2 años. La UI se confirmó mediante uretroscopia y se empleó la clasificación de Ninan para su estadificación. En el caso de existir estenosis (uretritis grado III), se realizó uretrotomía interna. Finalmente, se inyectan 40 mg de triamcinolona acetónido bajo visión directa en el área afecta usando una aguja metálica de 3,7 Fr x 23G (punta) x 350 mm. Se recopilaron datos demográficos, pruebas complementarias, hallazgos de la cistoscopia, el manejo y los resultados. Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética de investigación del HSJD.

Resultados: Un total de 7 niños fueron diagnosticados de UI. La edad media fue de 12,7 (10-15) años. La cistouretroscopia reveló uretritis de grado I en 2 (28,6%) pacientes, grado II en 3 (42,8%) y grado III en 2 (28,6%). El seguimiento medio fue de 12,1 (2-23) meses. La resolución completa de los síntomas y signos ocurrió en 6 (85,7%) pacientes y en el otro (14,2%) hubo una mejoría sustancial de los mismos.

Conclusión: Esta pequeña serie prospectiva demuestra que la inyección intrauretral de esteroides parece ser una opción de tratamiento prometedora para la UI en niños

8.Priapismo de bajo flujo en la edad pediátrica.

Pérez Bautista, Juanita; Almendro García, Laura; Recober Montilla, Antonio; Palacios Prados, Antonio; Quiñonez Silvero, Elena; Alameda Aguado, Ines; García Ceballos, Ana; Marijuan Sahuquillo, Veronica; García Dueñas, Cristina; García Soldevila, Nuria. Hospital Regional Universitario Málaga.

INTRODUCCIÓN

El priapismo es una patología urológica infrecuente en la edad pediátrica, se considera una emergencia médico-quirúrgica en caso de presentar compromiso vascular. Así, el manejo va a depender del tipo de priapismo que presente el paciente, de alto o bajo flujo, pudiendo requerir desde un manejo conservador hasta un manejo quirúrgico agresivo como última opción.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 11 años que consultó por presentar una erección mantenida durante más de 4 horas asociada a dolor, sin antecedentes de traumatismo u otros antecedentes de interés. Aportaba una ecografía de otro centro en la describían signos compatibles con priapismo de alto flujo. A su llegada se realizó una analítica en la que se destacaba únicamente la hemoglobina de 10.5 g/dl, sin datos de hemólisis. Se decidió repetir la ecografía en nuestro centro, encontrándose ausencia de flujo arterial, por lo que sugerían que el priapismo fuera de bajo flujo. Dado estos hallazgos, se realizó una gasometría de sangre de cuerpos cavernosos para confirmar el diagnóstico, con hallazgo de acidosis, hipoxemia e hiperkalemia compatibles con priapismo isquémico.

Ante este diagnóstico se decidió realizar bajo anestesia general aspiraciones e irrigaciones de los cuerpos cavernosos, empleando una dilución de adrenalina en suero fisiológico (1 ampolla en 1 L de suero). Se repitió el proceso hasta conseguir resolución parcial de la erección y salida de sangre de coloración más rojiza. Posteriormente, se mantuvo al paciente ingresado aplicándose hiperhidratación con bicarbonato IV. A las 24 horas del procedimiento persistía erección parcial, realizándose una ecografía de control en la que se apreciaba un flujo sanguíneo normal en los cuerpos cavernosos. Dada la buena evolución, el paciente fue dado de alta para continuar con el seguimiento en consultas externas.

CONCLUSIONES

Pese a ser una patología poco frecuente, el priapismo en la edad pediátrica puede constituir una emergencia por lo que siempre se debe descartar la existencia de compromiso vascular que requiera tratamiento inmediato. Además, se debe investigar la causa subyacente, siendo en la población pediátrica la anemia drepanocítica la causa más frecuente de priapismo isquémico y los traumatismos causa más frecuente de priapismo de alto flujo.

9.Complicación infrecuente tras una heminefrectomía laparoscópica

*Mojica Salamanca, Carolina; Vázquez Vázquez, Victor; Vizcaíno Pérez, Rocío; Roldán Pérez, Sebastián; Delgado Cotán, Lourdes; Romero Ruiz, Rosa M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío*

INTRODUCCIÓN

El doble sistema excretor suele presentarse con obstrucción a distintos niveles, reflujo vesicoureteral y/o incontinencia, asociado en ocasiones infecciones urinarias recurrentes.

La nefrectomía del polo superior es un procedimiento ampliamente aceptado para el manejo definitivo de los dobles sistemas excretores sintomáticos con riesgo de deterioro de las unidades renales funcionantes. El síndrome del muñón ureteral distal puede ser una complicación tardía de este abordaje. No hay consenso sobre la extensión de la disección ureteral y la cantidad de remanente aceptado.

RESUMEN DEL CASO

Paciente femenina con diagnóstico prenatal de ureterohidronefrosis izquierda, secundaria a duplicidad renal con anulación funcional del hemirriñón superior. Se asocia a ITUs de repetición, por lo cual se lleva a cabo una heminefrectomía polar superior izquierda laparoscópica en 2017.

En 2022 la paciente presentó un cuadro de abdomen agudo. Las pruebas complementarias demostraron la presencia de piouréter de remanente ureteral ectópico que desembocaba en vagina. Con estos hallazgos se realizó laparoscopia exploradora y resección de remanente ureteral. La evolución postoperatoria fue favorable y se encuentra asintomática en seguimiento clínico.

CONCLUSIONES

La heminefrectomía laparoscópica del polo superior sin disección ureteral distal es una técnica segura en ausencia de reflujo vesicoureteral. Sin embargo, se debe estudiar cuidadosamente cada caso para reconocer ectopias ureterales infraesfinterianas.

Aunque se trata de una complicación rara, el pioureter del remanente se debe sospechar en casos de abdomen agudo en pacientes con antecedentes de heminefrectomía.

10.Cloaca posterior: reporte de un caso.

Padilla Zhucuzhañay Marcia Alexandra, Rondon Berrio Johanna, Menacho Hernández Carmen, Ruiz Pruneda Ramón, Zambudio Carmona Gerardo, Silvente Bernal Sara, Hernández Bermejo Juan Pedro. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia-España.

Introducción: La cloaca posterior es un subtipo de malformación anorectal (MAR) infrecuente. Se caracteriza por una uretra y vagina fusionadas (seno urogenital) que se desvía posteriormente y se abre en la pared rectal anterior o inmediatamente anterior al ano.

Caso clínico: RNT de 38+2SG con diagnóstico prenatal de dilatación intestinal baja que nace por parto vaginal. En el paritorio realizó una deposición amarilla-marrónácea líquida. A la exploración presenta un abdomen distendido, ano perforado en posición normal y genitales ambiguos (Imagen 1). Ingresó en neonatología donde se solicitaron exámenes complementarios, que incluyó una radiografía y ecografía abdomino-pélvica y escrotal, observando dilatación de colon izquierdo y recto, vejiga distendida e hidrocolpos moderado, sin evidencia de testes en canal inguinal y escroto. Se realizó un sondaje rectal con eliminación de gases y heces de forma normal. El enema opaco objetivó el paso de contraste a útero y vejiga desde cara anterior del recto lo cual dio el diagnóstico. El neonato fue intervenido mediante laparotomía infraumbilical, observándose útero y trompas normales, gónadas con aspecto de cintilla, vejiga muy dilatada sin hidrocolpos importante y sigma dilatado por compresión. Se realizó una colostomía al inicio del sigma y, una vesicostomía percutánea con sonda de Foley y biopsia de ambas gónadas, que se remitieron para estudio a anatomía patología (AP) y citogenética. El postoperatorio fue favorable. El cariotipo fue 46 XX y la AP describió la presencia de folículos ováricos en ambas gónadas. Se dio el alta en buenas condiciones. Durante el seguimiento en la consulta no presento incidencias mayores, y se programó para cirugía correctora cuando la niña tuvo 8 meses y un peso adecuado. Se informó apropiadamente a la familia. Requiere una cuidadosa planificación quirúrgica con un equipo especializado, obteniendo hasta el momento un buen resultado estético y funcional.

Conclusiones: La cloaca posterior es una MAR compleja. El diagnóstico inicial puede ser difícil

por la posición habitual del ano^{1,2} presentando un aspecto externo normal, donde la sospecha de esta entidad es fundamental para el diagnóstico. Requiere una atención adecuada por un equipo multidisciplinar y especializado, con conocimiento de dicha entidad para la obtención de resultados funcionales y estéticos adecuados.

11.Tratamiento quirúrgico del hipospadias distal. Experiencia clínica en nuestro centro en los últimos 2 años. Ventajas del uso de tutor uretral frente a la sonda vesical.

Antonio Palacios Prados, Ángel Javier Gallego Fernández, Cristina García Dueñas, Carolina Marañés Gálvez, Verónica Maríjuan Sahuquillo, Ana María García Ceballos, Nuria García Soldevila. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción

La cirugía del hipospadias continúa siendo un reto terapéutico en el campo de la urología infantil. No existe una técnica gold estándar y la tasa de complicaciones sigue siendo elevada. La fístula uretral, la dehiscencia glandar y la estenosis de meato son las complicaciones más frecuentes.

Objetivos

Conocer la tasa de complicaciones quirúrgicas en los pacientes intervenidos de hipospadias en nuestro centro, así como analizar las ventajas del uso del tutor uretral durante el postoperatorio.

Métodos

Estudio retrospectivo en el que se han incluido todos los pacientes intervenidos de hipospadias distales y mediopeneanos en nuestro centro desde junio de 2020 a junio de 2022. Se han excluido los pacientes con hipospadias proximales y aquellos intervenidos previamente.

Resultados

Muestra de 86 pacientes (edad media de 3 años), 6 con hipospadias peneano medio (7%), 49 con hipospadias peneano distal-subcoronal (57%), 16 con hipospadias coronal (18%) y 15 con hipospadias glandar (18%). La técnica quirúrgica más empleada fue la uretroplastia de Snodgrass en 61 pacientes (71 %).

Se usó sonda vesical tipo Nelaton en el 67,44 % de los casos (58 pacientes) y tutor uretral en el 24,4% (21 pacientes). La tasa global de complicaciones fue del 34 % (30 pacientes): 16 fístulas uretrocutáneas (18%), 5 estenosis de meato (5,8%), 6 dehiscencias de glande (6,9%), 2 dehiscencias de piel prepucial y 1 exceso de mucosa ventral.

No hubo diferencias significativas en la tasa de complicaciones dependiendo del uso de sonda vesical o tutor uretral (39% de complicaciones en el grupo sonda y 33% en el grupo tutor uretral)

La estancia hospitalaria fue significativamente menor en el grupo que se usó tutor uretral (1,3 días), frente al grupo sonda vesical (5,8 días).

Conclusiones

El uso de tutor uretral permite acortar la estancia hospitalaria, no implicando mayor tasa de complicaciones postoperatorias.

12.Escroto agudo por torsión epididimaria

Alameda Aguado, Inés; Pérez Bautista, Juanita; Hernández del Arco, Sara; Palacios Prados, Antonio; Quiñonez Silvero, Elena; García Soldevila, Nuria
Hospital Universitario Regional de Málaga

INTRODUCCIÓN

Exponemos el caso de un varón de 13 años con escroto agudo cuya causa fue una torsión epididimaria por disyunción epidídimo-testicular completa.

CASO CLINICO

Varón de 13 años que acude a urgencias por dolor testicular derecho de 8 horas de evolución asociado a dolor sordo en la misma localización desde hace 2 meses. No infecciones previas ni traumatismos en zona genital. A la exploración física, se aprecia testículo derecho ligeramente horizontalizado y cordón espermático engrosado. Reflejo cremastérico abolido. Se palpa tumoración de unos 1.5cm de diámetro adyacente a testículo derecho, de coloración normal.

Analítica sanguínea con todos los parámetros en rango de la normalidad. Se realiza ecografía informada como torsión testicular con vascularización conservada. Se decide intervención quirúrgica urgente, donde no se halla torsión testicular ni del cordón espermático. Sin embargo, se encuentra una disyunción epidídimo-testicular derecha completa y torsión de cabeza de epidídimo sin isquemia, pero sí con importante edema. Se realiza detorsión, aplicación de solución glucosada 50% sobre el epidídimo durante varios minutos y orquidopexia bilateral. No se realizó fijación del epidídimo a la piel escrotal por friabilidad de los tejidos.

El postoperatorio transcurre sin incidencias. El control ecográfico posterior al mes de la cirugía revela normalidad de ambos testículos y buena perfusión bilateral.

CONCLUSIONES

Tras revisión de la bibliografía, este es el primer caso reportado hasta la fecha de una torsión epididimaria sin isquemia en paciente pediátrico.

Existen diferentes variaciones anatómicas de la posición epididimaria respecto al testículo, siendo en la mayoría de los casos de tipo I en la que el epidídimo permanece unido al testículo por la cola y la cabeza. La cabeza suele ser la parte más adherida al testículo y la que menos se separa del mismo en la disyunción epidídimo-testicular, ya que permanece unida a través de los conductos deferentes. En cambio, en el caso reportado, es la cabeza del epidídimo la parte más separada del testículo y la que se torsiona.

La torsión epididimaria debe considerarse en el diagnóstico diferencial de escroto agudo, así como en casos de dolor testicular subagudo.

13.Tratamiento endoscópico del reflujo uretrodeferencial en pacientes con orquiepididimitis de repetición

Ramírez Calazans Ana, González Cayón Jesús, Parente Hernández Alberto, Vargas Cruz Verónica, Escassi Gil Álvaro, Paredes Esteban Rosa María.UGC Cirugía Pediátrica. Hospital Reina Sofía de Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La orquiepididimitis recurrente secundaria a reflujo uretrodeferencial es una causa descrita poco común de escroto agudo y su manejo continúa siendo un reto terapéutico debido a la falta de consenso en su tratamiento. El objetivo de nuestro trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la orquiepididimitis recurrente mediante tratamiento endoscópico.

MÉTODO: Presentamos 3 pacientes con orquiepididimitis de repetición tratados de forma endoscópica en nuestro centro entre los años 2020 y 2022. La media de edad fue de 9 años (3- 12 años). Dos de los pacientes presentaban vejiga neurógena secundaria a mielomeningocele como antecedente personal. Todos los pacientes presentaron varios episodios de orquitis unilateral derecha. El número mínimo de episodios de orquitis que habían presentado previo a la intervención fue de 3 (3-6 episodios). Todos los procedimientos se llevaron a cabo bajo anestesia general, en régimen de cirugía mayor ambulatoria. El tratamiento endoscópico consistió en la realización de una cistoscopia exploradora con cistoscopio de 9.5 Fr y la inyección de Macroplastique® subeyaculatorio a nivel del veru montanum.

RESULTADOS

Se intervinieron 3 pacientes mediante tratamiento endoscópico. Previo a la realización del procedimiento, se evidenció normoposicionamiento de los orificios eyaculatorios, con amplitud aumentada de los mismos y/o del utrículo prostático. Ningún paciente presentó complicaciones posoperatorias inmediatas. El tiempo medio de seguimiento fue de 13 meses (3-28 meses). El 66.6% de nuestros pacientes presentaron buena evolución clínica, sin recurrencia de cuadros de orquiepididimitis durante el seguimiento, encontrándose actualmente asintomáticos. El tercer paciente presentó dos nuevos episodios de orquitis derecha a los 6 y a los 24 meses de la realización del procedimiento endoscópico, encontrándose actualmente en lista de espera para la realización de una segunda inyección.

CONCLUSIONES

El tratamiento endoscópico del reflujo uretrodeferencial se presenta como una opción terapéutica mínimamente invasiva y relativamente eficaz para aquellos casos de orquiepididimitis recurrentes. Sin embargo, aunque la tasa de éxitos de esta técnica y sus resultados son prometedores en nuestra serie, es necesario un tamaño muestral mayor.

14.Cirugía urológica robótica pediátrica. Primeras experiencias.

González Cayón J. Parente Hernández

A. Garrido Pérez JI. Ramírez Calasan A. Paredes Esteban RM UGC Cirugía

B. Pediátrica Hospital Universitario Reina Sofía

Introducción

Como es bien conocido, la cirugía robótica nace con el objetivo de ampliar las capacidades de los cirujanos a la hora de enfrentarse a procedimientos técnicamente complejos o a zonas de difícil acceso por técnicas mínimamente invasivas desarrolladas previamente. Sin embargo, su desarrollo dentro del campo de la cirugía pediátrica está siendo más limitado ya que el pequeño tamaño de nuestros pacientes dificulta el acoplamiento de los brazos robóticos.

Material y métodos

Presentamos de manera descriptiva nuestra experiencia inicial en cirugía urológica robótica en nuestro servicio. Desde el inicio del programa en mayo de 2022, hemos realizado un total 9 intervenciones a 8 pacientes (6 niños y 2 niñas). La edad mediana fue de 4,5 años, con 2 niños menores de 2 años. Los procedimientos realizados fueron: cuatro pieloplastias por estenosis pieloureteral (dos intrínsecas y dos extrínsecas por vaso polar), un reimplante ureteral extravesical, 3 nefrectomías y una heminefrectomía polar superior.

Resultados

Nuestros pacientes fueron intervenidos mediante robot Da Vinci Xi, todos ellos utilizando trócares robóticos y tres brazos. En 5 intervenciones utilizamos un trocar accesorio laparoscópico de 5 mm. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 152 minutos (tiempo de consola de 94 minutos) con un descenso progresivo del tiempo de consola, pero no del tiempo de docking durante la curva de aprendizaje. La mediana de tiempo de estancia hospitalaria de 3 días. Como complicaciones, un paciente presentó una fuga urinaria y otro vómitos. Durante el seguimiento postoperatorio en consulta, todos los paciente permanecen asintomáticos, observando, además, una mejora considerable de la hidronefrosis en los pacientes a los que se le realizó una pieloplastia.

Conclusiones

La cirugía robótica es ya una realidad tangible en el campo de la cirugía pediátrica, permitiendo realizar procedimientos quirúrgicos en niños y garantizando la seguridad que todos ellos requieren. En consideración a nuestras primeras experiencias, la visión tridimensional, disminución del temblor y la posibilidad de realizar movimientos intracorpóreos en los tres ejes del espacio, hace que sea un instrumento útil incluso en niños pequeños. Serán necesarios estudios prospectivos a largo plazo que analicen los resultados de esta nueva técnica respecto a las utilizadas hasta ahora en términos de parámetros clínicos, postoperatorios y costo-sanitarios.

15.Traumatismo abdominal cerrado grave. Experiencia en nuestro centro en los últimos 3 años

Antonio Palacios Prados, Juanita Pérez Bautista, Sara Hernández del Arco, Nuria García Soldevila Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción

El traumatismo abdominal está presente en el 20-30% de los pacientes con traumatismos graves, siendo la segunda causa de muerte por accidentes en el paciente pediátrico después del traumatismo craneoencefálico (TCE). Dentro de los traumatismos abdominales, el traumatismo abdominal cerrado constituye aproximadamente el 90 % de los casos.

Objetivos

Conocer la epidemiología y evolución de los pacientes con traumatismos abdominales cerrados tratados en nuestro centro.

Métodos

Estudio retrospectivo en el que se han incluido todos los pacientes con diagnóstico de traumatismo abdominal cerrado grave ingresados en nuestro centro desde mayo de 2019 a octubre de 2022.

Resultados

Han ingresado un total de 19 pacientes, 10 varones y 9 mujeres, cuya edad media fue de nueve años.

Los principales agentes etiológicos han sido los atropellos-accidentes de tráfico (7 pacientes), seguidos de las caídas desde gran altura -precipitaciones (5 pacientes). El órgano más frecuentemente afectado fue el hígado (12 casos), seguido del bazo (8 casos). La estancia media hospitalaria fue de 16 días (5 días en UCIP). El 84 % de los casos (16 pacientes) fueron tratados con manejo conservador. Tres pacientes (15%) precisaron intervención quirúrgica urgente: Paciente mujer de 6 años con lesión esplénica grado V e inestabilidad hemodinámica y 2 pacientes (mujer de 4 años y varón de 13 años) con perforación duodenal.

La mortalidad global fue del 5% (1 paciente), secundario a los daños por TCE asociado. Conclusiones. El manejo conservador es el tratamiento de elección en los traumatismos abdominales cerrados. La inestabilidad hemodinámica y la lesión de víscera hueca son las principales indicaciones de tratamiento quirúrgico.

16.Traumatismo abdominal penetrante por arma de fuego en el paciente pediátrico.Indicación de laparotomía urgente ¿siempre?

*Ramírez Calazans Ana, Ibarra Rodríguez María Rosa, Castillo Fernández Aurora
Lucia, Zelaya Contreras Luz Emigdia, Calleja Lozano Rafael, Paredes
Esteban Rosa María.*

UGC Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos penetrantes por arma de fuego constituyen una indicación infrecuente de laparotomía urgente en nuestro medio. A pesar de que las lesiones traumáticas son la causa principal de muerte y discapacidad en niños mayores de 1 año, carecemos de un registro que nos permita conocer su incidencia real y epidemiología. La atención precoz de este tipo de lesiones es primordial dada la alta probabilidad de perforación de víscera hueca y/o lesión vascular.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años, sin antecedentes personales de interés, derivado desde hospital comarcal por lesión abdominal por arma de fuego (escopeta de perdigones). En hospital de origen se realiza TC abdominal sin contraste, donde se observa cuerpo extraño con densidad metálica adyacente a vena esplénica, aparentemente íntegra, y pequeñas burbujas aéreas que sugieren perforación de víscera hueca. Por este motivo, se decide traslado a hospital de referencia. A su llegada, paciente consciente, orientado y hemodinámicamente estable. Exploración abdominal normal con orificio de entrada del proyectil en pared abdominal

Ante la sospecha de perforación de víscera hueca, se decide laparotomía exploradora urgente a pesar de su estabilidad. Se evidencia líquido libre hemático en Douglas, lesión hepática en segmento III, que mostraba trayectoria del proyectil, con continuidad hacia plano posterior, atravesando transcavidad de los epiplones hasta alcanzar el cuerpo de páncreas, produciendo laceración de este. Tras realizar lavado y revisión de toda la cavidad, no se evidencia perforación de víscera hueca ni proyectil.

Durante la monitorización analítica, observamos aumento de los valores de amilasa, valor más alto al 2º día postoperatorio (832 U/L), con descenso posterior del mismo hasta normalizarse. No otra alteración analítica a destacar.

Previo al alta, se realiza TC de control evidenciándose inflamación de la grasa peripancreática, persistencia de proyectil retropancreático, sin observarse colecciones, signos de sangrado, ni otros hallazgos.

CONCLUSIONES

El objetivo del abordaje inicial del paciente con traumatismo abdominal penetrante es reducir las tasas de morbimortalidad. Pese a que el TAC como prueba de imagen diagnóstica tiene alta sensibilidad y especificidad para predecir la necesidad de intervención quirúrgica, no evita la realización de exploraciones quirúrgicas en hasta un 23% de los casos.

17.Importancia del signo de la “Bola de Pokemon” en el diagnóstico del teratoma suprarrenal quístico.

Nerea Moya Quesada (), Alejandra Rodriguez Torres (*), Cristina Dominguez Garcia, Tomas Ferraris, Moises Miele Cerchar, Eduardo Lopez Candell y Luis Alonso Jimenez. Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría (*) Hospital Universitario Torrecárdenas. ALMERÍA.*

INTRODUCCIÓN:

Los teratomas retroperitoneales son masas infrecuentes, habitualmente benignas. Constituyen el 3% del total de tumores de la población pediátrica. Al igual que en nuestro caso, el hallazgo suele ser casual, al realizar una ecografía abdominal por otro motivo. El pronóstico suele ser favorable tras una resección quirúrgica completa. Resaltamos la importancia del signo radiológico de la bola de Pokemon “*Pokeball Sign*” para un correcto diagnóstico de esta entidad.

CASO CLÍNICO:

Lactante de 10 meses, sin antecedentes personales de interés. Diagnosticado en ecografía prenatal de masa quística subhepática. En ecografía postnatal se aprecia lesión predominantemente quística de 25 x 15 mm de localización suprarrenal derecha. En Hospital de Origen realizan controles periódicos de la misma, derivándola a nuestro Servicio por aumento del tamaño sin producir sintomatología.

Analítica sanguínea con bioquímica, coagulación, B-HCG, alfafetoproteína, CEA y CA19-9 normales. MIBG y Gammagrafía ósea normales. DMSA para valorar función renal dentro de la normalidad. Enolasa Neuronal Específica, LDH normales. Catecolaminas en sangre y orina asimismo dentro la normalidad.

Tanto en la RMN como en el Angio TAC se identifican hallazgos que sugieren el diagnóstico de un teratoma quístico maduro de 75x55x56mm de diámetro, en íntimo contacto con vena porta, tronco esplenomesentérico y pedículo renal derecho, signo radiológico de “*Pokeball Sign*” presente.

CONCLUSIONES.

Resaltamos la infrecuencia del caso aportado. Debe hacerse siempre diagnóstico diferencial con el Neuroblastoma Quístico suprarrenal. En este sentido, tanto la normalidad del MIBG, NSE, catecolaminas como sobre todo el hallazgo en el TAC del “*Poke-Ball Sign*” es muy indicativo de este tumor, sirviendo para diferenciarlo de otras neoplasias como el Neuroblastoma.

18. Propuesta de protocolo de manejo quirúrgico de la patología tiroidea en la infancia

*Zelaya Contreras, Luz Emigdia; Ibarra Rodriguez, María Rosa; Vázquez Rueda, Fernando; Ramírez Calazans, Ana; Paredes Esteban, Rosa María
UGC DE Cirugía Pediátrica .
Hospital Reina Sofia.
Cordoba*

Introducción:

La patología quirúrgica tiroidea ha ido incrementando su incidencia en los últimos años, observándose una mayor proporción de malignidad y agresividad en los nódulos tiroideos en la edad pediátrica. Las series publicadas se refieren a pacientes adultos con difícil extrapolación a la población pediátrica. Teniendo en cuenta que un manejo pre y postoperatorio consensuado y protocolizado permite mejores resultados, presentamos el siguiente protocolo elaborado en nuestra unidad sobre tiroidectomía en la infancia.

Material y métodos:

Mediante una revisión bibliográfica y actualización de las guías de práctica clínica, se llevó a cabo la elaboración de un protocolo para el manejo de la patología tiroidea susceptible de ser quirúrgica en la edad pediátrica. Ha sido realizado por un equipo multidisciplinar de profesionales de nuestro hospital que cuenta con cirujanos, oncólogos, endocrinólogos, intensivistas, anestesiólogos, radiólogos, médicos nucleares, neurofisiólogos y personal de enfermería, todos ellos pediátricos.

Resultados:

En nuestro protocolo, las indicaciones de la tiroidectomía en la infancia son: nódulo sospechoso de malignidad, carcinoma tiroideo, y la tiroidectomía profiláctica por riesgo de desarrollar carcinoma medular de tiroides (MEN2 y mutación protooncogen RET).

Conclusiones: Debido al mayor riesgo de malignización y agresividad de la patología tiroidea en la infancia, es importante la conciliación de estrategias terapéuticas y de seguimiento, con el fin de obtener mejores resultados.

19.Eficacia de la extirpación endoscópica en el tratamiento de quistes ductales subglóticos

José Pedro Lopes, María Velayos, Javier Jimenez, Raquel Garcia, Francisco Hernandez, Carlos de la Torre. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid (España)

Introducción: Los quistes ductales subglóticos adquiridos (QDSA) son una causa rara de obstrucción de la vía aérea, sin consenso en la literatura en cuanto al tratamiento más eficaz. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de los QDSA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro por QDSA en los últimos 7 años. Se recogieron los antecedentes de intubación, la clínica presentada, el tratamiento realizado, la evolución postquirúrgica, el seguimiento en consulta y los controles endoscópicos.

Resultados: Se identificaron 9 pacientes, con unas medianas de edad y peso de 6,5 meses (6-8) y 5,9 kg (3,6-7), respectivamente. Todos presentaron antecedentes de intubación por intervenciones quirúrgicas, siendo prematuros 2 de ellos. La clínica consistió en estridor bifásico con mejoría postural presentando una ocupación de la luz traqueal de más del 50% en la endoscopia diagnóstica. Se realizó escisión endoscópica (EE) en todos los pacientes. La mediana de tiempo de intubación postquirúrgico fue de 13,5 horas (0-48) y la estancia hospitalaria de 7 días (6-9). Tras un seguimiento mediano de 27,5 meses (6-62) no se ha presentado ninguna recidiva.

Conclusion: Los QDSA son una causa poco frecuente de estridor post-extubación. La EE permite un tratamiento eficaz con baja tasa de recidiva.

20. Uso de la criosonda en la vía aérea pediátrica: Utilidad en la extracción de cuerpo extraño intrabronquial.

Moya Quesada, Nerea; Cruz Rueda, Juan José^b; Jiménez Nogueira, Esperanza^a; Góngora, Lencina, Juan José^c; Juárez Marruecos, Patricia^a; Domínguez García, Cristina^d;

^a Pediatría HUMI Torrecárdenas; ^b Neumología HU Torrecárdenas; ^c Otorrinolaringología HU Torrecárdenas; ^d Cirugía pediátrica HUMI Torrecárdenas

- **INTRODUCCIÓN:** La videobroncoscopia con criosonda para crioterapia es una nueva modalidad de tratamiento disponible desde hace poco tiempo en pediatría. El desarrollo de la criosonda de 1.1mm ha supuesto un avance para el uso de esta técnica en los broncoscopios pediátricos. Presentamos dos casos de nuestra experiencia en los que se utiliza la crioterapia como técnica de apoyo para la extracción de cuerpo extraño intrabronquial (CEIB) realizada mediante videobroncoscopia flexible.

- **RESUMEN DE CASOS:**

Caso 1: Varón de dos años que presenta tos de 5 días de evolución con empeoramiento en últimas 24 horas, refiriendo posible atragantamiento con fruto seco (cacahuete). Destaca asimetría auscultatoria en exploración. Se realiza videobroncoscopia flexible siendo el procedimiento dificultoso por abundantes secreciones en vía aérea, sin evidenciar CEIB. Tras persistencia de asimetría se decide repetir observándose mucosa muy friable y abundantes secreciones, deteniéndose por laringoespasma. Mejoría auscultatoria inicial con tratamiento médico pero hipoventilación marcada en hemitórax izquierdo posterior, evidenciando en TC imagen sugerente de cuerpo extraño en bronquio principal izquierdo, preparando al paciente con antibioterapia y corticoide intravenosos para realizar nueva videobroncoscopia flexible en óptimas condiciones. Ante técnica dificultosa se contacta con equipo multidisciplinar, servicio de Neumología, con formación en técnica de crioterapia, y Otorrinolaringología, que asisten al procedimiento y, una vez localizado cuerpo extraño envuelto en fibrina, se realiza crioterapia con separación del mismo de la mucosa del bronquio principal izquierdo, y se extrae en tráquea con cesto de litiasis.

Caso 2: Varón de 12 meses con episodio de atragantamiento con zanahoria cruda objetivado horas antes. Destacaba hipoventilación hemitórax izquierdo. Se realiza videobroncoscopia flexible para localización de cuerpo extraño intrabronquial, observando acúmulo de fibrina con secreciones espesas que impide de cuerpo extraño, se intenta su extracción con cesto de litiasis y ante su imposibilidad se realiza extracción del mismo mediante técnica de crioterapia de forma exitosa.

- **CONCLUSIONES:** Aunque se precisa de más experiencia en nuestra unidad, y son necesarios más estudios, la alta tasa de éxito lograda y la baja tasa de complicaciones asociadas a la misma, arrojan una visión favorable para la implementación del uso de la crioterapia como herramienta asistencial en la extracción de cuerpo extraño de la vía aérea pediátrica, si bien, ésta no parece suficiente como técnica única, pero sí como apoyo al uso de otras herramientas de las que ya disponemos. Será necesario valorar cada caso de forma individual, considerando características del cuerpo extraño, su ubicación, y el tamaño de la vía aérea.

21.Causticación esofágica en pediatría. Descripción de nuestra serie reciente.

Gálvez CM, Cadaval C (), Bayarri M, Granero R, Morcillo J, Moya MJ. Servicio de Cirugía Digestiva (*). Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Pese a la disminución progresiva de la incidencia, la ingesta accidental de cáusticos sigue siendo un motivo de consulta frecuente en pediatría. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en el manejo de estos pacientes y los resultados del seguimiento.

MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con sospecha de ingesta cáustica en los que se realizó endoscopia digestiva diagnóstica en nuestro centro desde 2019 hasta la actualidad.

Se examinaron variables demográficas, de la ingesta, presentación clínica, momento de la endoscopia, clasificación de lesiones según Zargar et al., manejo inicial y evolución durante el seguimiento (complicaciones, necesidad de dilataciones o de otras técnicas).

RESULTADOS: Se realizó endoscopia a 21 pacientes por sospecha de ingesta cáustica, 52% varones. La mediana de edad fueron 6 años (6 meses-13 años). Tiempo medio desde la ingesta hasta la endoscopia 27 horas (20-48). 81% de los productos ingeridos fueron de tipo alcalino y 90% ingestas accidentales. 90,5% de los pacientes presentaron clínica asociada a la ingesta (62% lesiones orales, 57 % vómitos, 52,5% sialorrea, 19% odinofagia, 4,7% disfonía o estridor). En 52,5% se realizó radiografía de tórax al ingreso, sin hallazgos patológicos. 9 de 21 pacientes (43%) presentaron lesiones en el esófago (19% grado I, 9,5% IIA, 4,7% IIB, 0% IIIA, 4,7% IIIB, 0% IV), uno asoció lesión gástrica. En 3 pacientes fue precisa la colocación de sonda nasogástrica y en 2 nutrición enteral. 4 pacientes recibieron corticoides, 3 antibioterapia y 17 (81%) omeprazol, manteniéndolo al alta 9 de ellos (43%). En 14,3% se realizó esofagograma de control a los 38 días (7-80), mostrando en todos alteraciones. Se realizó endoscopia de control en 2 pacientes, uno de ellos presentó estenosis refractaria y necesidad de múltiples dilataciones. Ningún paciente presentó hematemesis, perforación esofágica o necesidad de cirugía de reemplazo esofágico. En el 23,8% de pacientes se realizó control evolutivo por el Servicio de Cirugía Pediátrica con una mediana de seguimiento de 10,5 meses.

CONCLUSIONES: Pese a la mejora en prevención primaria, la causticación esofágica sigue siendo un problema de salud con importante impacto en pediatría. La búsqueda de una mejora en la prevención secundaria y/o terciaria durante el proceso asistencial exige la necesidad de una mayor precisión en el diagnóstico y clasificación de las lesiones y de un manejo más estandarizado.22.

22.Revisión de atresia esofágica long-gap en un hospital de tercer nivel.

Hidalgo Hidalgo V, Moriczi M, Galera Martínez R, López Ruzafa E, Martín González M, Alonso Jiménez L. Hospital Materno Infantil Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos:

La atresia esofágica (AE) constituye la anomalía congénita más frecuente del esófago, afectando a 1/3.000-4.500 recién nacidos. El 50% asocia otras malformaciones. La AE con larga distancia entre cabos o long-gap representa el 5-8% de los casos y supone un mayor desafío terapéutico. El objetivo es analizar características generales, epidemiológicas, manejo terapéutico y evolución de las AE long-gap en nuestro centro.

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con AE long-gap diagnosticados en un hospital de tercer nivel en el periodo 2000-2021. Se analizaron datos perinatales y relacionados con la patología.

Resultados:

En el periodo estudiado se diagnosticaron 7 casos de AE long-gap, todas tipo I, de un total de 31 pacientes con AE; suponiendo un 22.6% de los casos. De los 7 pacientes, seis presentaban malformaciones asociadas: una fístula coronaria, dos atresias anorrectales, dos ectasias pielocaliciales, una agenesia falángica, una estenosis subglótica y un caso de tejido pancreático ectópico. En todos los pacientes se realizó gastrostomía en las primeras 48 horas de vida, junto con colostomía en los 2 pacientes con atresia anorrectal. La reparación definitiva se efectuó a partir de 2 meses (rango 2-10 meses, mediana 4,5 meses); en 5 pacientes se realizó anastomosis termino-terminales (T-T) diferidas, y en 2 casos sustituciones esofágicas mediante injerto gástrico tubulizado. Cuatro pacientes presentaron dehiscencia precoz parcial de sutura de la anastomosis, dos con injerto gástrico tubulizado y dos con anastomosis T-T; todas ellas se resolvieron con manejo conservador. Todos los pacientes con anastomosis T-T precisaron dilataciones esofágicas periódicas en los 2 primeros años (rango 4-11, mediana 5). Un paciente se reestenósó requiriendo magnamosis seguida de dilataciones periódicas. Otro paciente falleció a los 11 meses de vida por cuadro séptico. Todos presentaron reflujo gastroesofágico requiriendo tratamiento con omeprazol a largo plazo, y cirugía antirreflujo en tres pacientes (dos con injerto gástrico tubulizado y uno con anastomosis T-T).

Al año de vida, cinco pacientes se alimentaban vía oral. El z-score medio de peso fue -1,76 y longitud -1,33. Durante el segundo año se observó mejoría antropométrica (z-score medio de peso -0,83 y longitud -1,29).

Conclusiones:

La prevalencia de AE long-gap y anomalías congénitas asociadas en nuestra población es considerablemente mayor a la descrita en la literatura. La dehiscencia parcial de suturas y reflujo gastroesofágico fueron las complicaciones más frecuentes, predominando en el injerto gástrico tubulizado. La mayoría lograron alimentación oral al año de vida y mejoría antropométrica posterior.

23.Procedimiento de “Rendezvous” en niños con colecisto-coledocolitiasis

Grijalva Estrada Ornella, Garrido Pérez José Ignacio, Vázquez Rueda Fernando, Zelaya Contreras Luz Emigdi, Hervas Molina Antonio, Paredes Esteban Rosa María

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción

La colecisto-coledocolitiasis es una entidad rara en niños y su manejo sigue siendo desafiante y controvertido. La técnica de “Rendezvous” consiste en pasar un catéter transcístico traspapilar con el objeto de mostrar al endoscopista la papila para realizar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el tratamiento de la coledocolitiasis sintomática. Si bien dicha técnica esta bien descrita en pacientes adultos, en la literatura se han registrado pocos casos en pacientes pediátricos.

Resumen del caso

Presentamos dos casos de pacientes intervenidos en nuestro hospital conjuntamente con la unidad de digestivo.

1. Niña de 13 años de edad con clínica de 2 meses de dolor abdominal progresivo en cuadrante superior derecho, acompañado de inapetencia, náusea y vómitos. Presenta antecedentes familiares de litiasis, origen Latinoamérica. La exploración física y analítica orientan hacia el diagnóstico de cólico biliar. Las pruebas de imagen concluyen que se trata de una colecisto-coledocolitiasis.
2. Niña de 13 años con dos semanas de evolución de dolor en hipocondrio derecho irradiado a hombro ipsolateral, asociado a vómitos. No fiebre. Hábito intestinal normal. Al examen físico, presenta escleras subictéricas, abdomen blando, depresible, no distendido, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy positivo. La analítica de urgencias revela leucocitosis con neutrofilia, bilirrubina total de 3.5 mg/dl y amilasa normal. La ecografía abdominal muestra una vesícula biliar distendida con paredes edematosas y litiasis en su interior. Se realiza colagiorresonancia con hallazgo de dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, litiasis vesicular múltiple, conducto pancreático normal y afilamiento del colédoco en su porción distal con cálculo en su interior.

Bajo el diagnóstico de colecistitis complicada con coledocolitiasis se decide tratamiento quirúrgico con la técnica de "Rendezvous" laparoendoscópico mediante un enfoque combinado en el que la colecistectomía laparoscópica se realiza simultáneamente con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la esfinterotomía endoscópica de Oddi.

En ambos pacientes la evolución ha sido favorable, sin incidencias durante el postoperatorio inmediato ni en el seguimiento posterior con buena tolerancia oral de forma precoz, ausencia del dolor y menor estancia hospitalaria.

Conclusiones

El procedimiento “Rendezvous” laparoendoscópico minimiza los riesgos de complicaciones tempranas y tardías después de los procedimientos endoscópicos sobre la papila de Vater para el manejo de la coledocolitiasis sintomática, por lo que consideramos que es de elección en estos pacientes en términos de morbilidad y estancia hospitalaria.

24.Vómitos proyectivos en lactantes; Más allá de la estenosis hipertrófica de píloro.

Quiñonez Silvero, E; Almendro García, L;

Hernández del Arco, S; Marañés Gálvez, C; Pérez Bautista, J; García Soldevila, N.

Introducción

La obstrucción primaria y adquirida al vaciamiento gástrico o enfermedad de Jodhpur es una entidad poco frecuente y conocida entre cirujanos pediátricos, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los vómitos en lactantes. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico en nuestro centro y su manejo.

Caso clínico.

Lactante varón de 11 meses con clínica de vómitos no biliosos postprandiales de 1 mes de evolución, que consulta por pérdida de peso y aumento en frecuencia y gravedad de los vómitos. A su llegada, se realiza una analítica en la que se observan alteraciones hidroelectrolíticas por deshidratación y una ecografía informada como cámara gástrica distendida con ausencia de paso a través del píloro, cuyas dimensiones son normales.

Se realiza una endoscopia digestiva alta observando una mucosa gástrica aparentemente normal con un píloro estenótico, decidiéndose realizar una piloromiotomía extramucosa. Además, se tomaron biopsias que se informaron como inflamación crónica inespecífica sin presencia de *H. pylori*.

En el postoperatorio persistía la clínica de vómitos, realizándose una serie con contraste gastrointestinal en la que se observaba un enlentecimiento del vaciado gástrico con ausencia de paso de contraste tras 1 hora. Se decide realizar una dilatación neumática endoscópica del píloro, con resolución temporal del cuadro. Al mes de la intervención el paciente presentó recidiva de la clínica, realizándose entonces piloroplastia laparotómica según Heinike-Miculikz con la que consiguió resolverse el cuadro.

Conclusiones y comentarios.

Nuestro caso se engloba dentro de una entidad poco conocida: la obstrucción primaria y adquirida al vaciamiento gástrico o enfermedad de Jodhpur. Ésta se caracteriza por vómitos no biliosos, pérdida de peso y enlentecimiento al vaciamiento gástrico, en ausencia otros procesos que justifiquen dicha clínica. Con respecto al tratamiento, se resuelve satisfactoriamente con una piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz.

25.No todo es una invaginación ileocólica

*Vazquez Vazquez, Víctor; Planas Díaz, Isabel, Molina Mata, María.
Hospital Universitario Virgen del Rocío*

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una causa de abdomen agudo pediátrico, generalmente de causa idiopática entre los seis y doce meses de edad. Se han descrito otras edades, localizaciones y etiologías. El tratamiento quirúrgico se reserva tras el fallo de las técnicas ecoguiadas de desinvaginación, siendo este más frecuente en pacientes por encima de dos años al tener un mayor índice de causa anatómica originante. Presentamos un caso de invaginación intestinal de localización atípica.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de tres años con dolor abdominal continuo con exacerbaciones de 24 horas de evolución y vómitos en las últimas horas sin peritonismo ni signos de perforación. Tras confirmación ecográfica de invaginación intestinal ileocólica, se procedió a intento de reducción hidrostática ecoguiada, no siendo esta efectiva. En quirófano, se objetivó una invaginación apendicular hacia la luz del ciego, con válvula ileocecal e íleon distal libres y de aspecto macroscópico normal. Tras desinvaginación manual, se realizó apendicectomía sin incidencias, siendo dado de alta a las 24 horas con evolución favorable. En el estudio anatomopatológico se confirmó hiperplasia linfoide con apendicitis aguda sin perforación ni otros hallazgos patológicos.

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal en pacientes fuera del rango de edad habitual puede deberse a alguna causa subyacente que debe descartarse. La falta de resolución tras el intento de reducción hidrostática ecoguiada obliga a exploración quirúrgica. Los casos de invaginación apendicular reportados en niños la definen como una localización infrecuente, de tratamiento quirúrgico y con distintos sustratos patológicos como causa. El estudio ecográfico y la presentación clínica puede ser indistinguible de una invaginación ileoileal, obteniendo generalmente su diagnóstico en quirófano. La evolución postoperatoria varía según la etiología y otros hallazgos intraoperatorios.

26. Cuando la invaginación no es lo que parece

*Vázquez Vázquez, Victor; Vizcaíno Pérez, Rocío; Delgado Cotán, Lourdes.
Hospital Universitario Virgen del Rocío*

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal suele ser primaria, de causa idiopática e ileocólica. Sin embargo, del 1.5 al 12% de los casos presenta una localización atípica con una lesión que ejerce de punto de guía o lead point. Estos casos aumentan en proporción a la edad, especialmente después de los dos años. Las invaginaciones de mayor longitud, de localización distinta a colon derecho, con lesiones subyacentes o de mayor tiempo de evolución son, entre otros, factores que predisponen al fracaso de la reducción hidrostática. Presentamos un caso de invaginación intestinal atípica.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de dos años que presenta una invaginación intestinal de doce horas de evolución sin signos de peritonismo o perforación intestinal. Se confirmó mediante ecografía su localización ileocólica y se realizó la primera reducción hidrostática bajo sedación. En las primeras horas tras el procedimiento presentó clínica sugestiva de recidiva, objetivando los mismo hallazgos en ecografía de control y procediendo a la segunda reducción ecoguiada. En las horas subsiguientes, la sintomatología reapareció con idénticos hallazgos ecográficos, por lo que se indicó intervención quirúrgica urgente.

El hallazgo intraoperatorio fue una invaginación a nivel de íleon proximal que englobaba cuarenta y cinco centímetros de intestino de aspecto necrótico con una tumoración intraluminal palpable asociada. Se realizó resección y anastomosis sin incidencias mediante abordaje laparoasistido. La paciente presentó una evolución favorable y fue dada de alta a domicilio al 5º día postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico confirmó la presencia de un hamartoma mioepitelial.

CONCLUSIONES

Ante un caso de invaginación intestinal ileocólica e idiopática de corta evolución y fracaso de su reducción hidrostática, hay que descartar factores de riesgo asociados, aunque no se sospechen por la historia clínica y los hallazgos ecográficos. En nuestra paciente, se identificaron como tales la edad, la localización distinta a colon derecho no advertida, la longitud del segmento invaginado y el punto guía subyacente. El pronóstico y las potenciales complicaciones derivan del sustrato de la invaginación y los hallazgos intraoperatorios.

27. Vesícula biliar multiseptada. ¿Hallazgo casual o indicación de colecistectomía?

Moreno-Delgado JA, Palomares Garzón Cristina, Botía Martínez Carmen, Castilla Parrilla Elena, Cárdenas Cárdenas Karen, Navarro Pardo Juan Francisco. Hospital Universitario Materno-Infantil Virgen de las Nieves, Granada

Introducción:

El dolor abdominal recurrente en la edad pediátrica suele ser uno de los motivos de consulta más frecuentes en las consultas externas y en las urgencias pediátricas. En gran parte de los casos no hay un origen claro y se precisa valoración por varios especialistas o realizar diversas pruebas de imagen para dar con un diagnóstico certero.

La vesícula biliar multiseptada es un diagnóstico inusual que suele hallarse de forma incidental en un estudio de clínica abdominal. El dolor abdominal secundario a esta patología es de debate en la experiencia publicada, y a causa de esto su tratamiento también.

Resumen del Caso:

Paciente de 14 años con dolor abdominal intermitente de más de 1 año de evolución, que inicia en epigastrio y se irradia a hipocondrio derecho. Suele ser postprandial y se acompaña de vómitos muchas ocasiones. En consulta de digestivo pediátrico se realiza test de aliento para hidrogeniones, endoscopia digestiva alta con biopsias, anticuerpos de enfermedad celíaca entre otros, donde los resultados son negativos. En ecografía abdominal se aprecia una vesícula multiseptada sin colelitiasis asociada. Se completa estudio con colangioRMN que descarta malformaciones de la unión bilio-pancreática. En este contexto se decide en comité multidisciplinar, tras evaluar la evidencia científica, realizar una colecistectomía laparoscópica. Tras la cirugía, el dolor abdominal ha remitido.

Conclusiones:

Dentro del amplio abanico de causas de dolor abdominal, el manejo de la vesícula biliar multiseptada es complicado, ya que la evidencia que existe es muy escasa y el manejo realizado en las distintas publicaciones es muy variado, aunque se suele optar por la cirugía con resultados favorables. Es importante individualizar el paciente y completar el estudio de imagen para descartar otras malformaciones o anomalías asociadas.

28.Bloqueo erector espinal en resección pancreática en cirugía pediátrica

*Andrea Piano, Servicio de Anestesiología y Reanimación.
Hospital Universitario Torrecárdenas Almería*

INTRODUCCION:

Es conocida la importancia de las técnicas de anestesia locorregional en el manejo de la analgesia multimodal perioperatoria en pacientes pediátricos. Una de las técnicas más novedosas es el bloqueo interfascial del plano del erector espinal, que permite garantizar una buena analgesia en un número de procedimientos quirúrgicos torácicos y abdominales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 2 años, 14 kg, ASA I, intervenida de forma programada de resección por vía laparoscópica de carcinoma embrionario en región cuerpo- cola de páncreas e infiltrante estómago. Como únicos antecedentes presenta el diagnóstico de la neoplasia en estadio III en noviembre 2020 y posterior quimioterapia 6 ciclos de JEB finalizados en abril 2021 con importante reducción de la masa tumoral (de 10 a 2 cm de diámetro máximo), decidiéndose finalmente cirugía.

Tras correcta preoxigenación e inducción se procede a intubación sin incidencias y se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo para realizar bloqueo del plano del erector espinal bilateral ecoguiado a nivel de T7 con levobupivacaína 0,25% 4 ml en cada lado sin incidencias. Se canaliza arteria radial derecha para la monitorización invasiva de la tensión arterial.

El mantenimiento se realiza con Sevoflurano guiado por CAM y BIS y perfusión de Remifentanilo a dosis bajas (0,02-0,05 mcg/kg/min). El control analgésico intraoperatorio se realiza con Tramadol 15mg, Paracetamol 200mg y Dexametasona 1.5mg.

La paciente se mantiene estable durante toda la cirugía desde el punto de vista hemodinámico, respiratorio y diurético.

Al final de la intervención se despierta y extuba sin incidencias.

RESULTADOS

En los primeros días de postoperatorio en la UCI pediátrica la paciente permanece estable y tranquila; no precisa en ninguna ocasión analgesia de rescate con opioides, consiguiendo así controlar el dolor exclusivamente con Paracetamol pautado y puntuales dosis de Metamizol. Este resultado está en línea con los casos presentes en literatura, en los que se demuestra como el bloqueo del plano del erector espinal es una técnica sencilla y segura que permite, en el contexto de una analgesia multimodal, un buen control del dolor intra y postoperatorio. Esto permite reducir el consumo de opioides y a la vez hace posible que los pacientes pediátricos permanezcan confortables durante el periodo postoperatorio.

Sin embargo, esta novedosa técnica necesita aún más estudios para obtener una mayor seguridad en relación a dosis y niveles de infiltración en la población pediátrica.

29.Elevación esternal en la reparación del pectus excavatum

Botía Martínez, Carmen; Palomares Garzón, Cristina; Díaz Moreno, Eloísa; Castilla Parrilla, Elena; Navarro Pardo, Juan Francisco; Fernández Valadés, Ricardo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

Introducción

La disección retroesternal es el paso más importante y potencialmente peligroso durante la reparación mínimamente invasiva del pectus excavatum (MIRPE). La visualización toracoscópica meticulosa y continua debe ser obligatoria y una condición previa para la colocación segura del implante. Esta maniobra se ve seriamente comprometida en los pacientes con defectos moderados-graves o con mayor rigidez torácica.

Para prevenir lesiones accidentales de las estructuras mediastínicas se han desarrollado varias opciones para la elevación esternal antes de la disección de las mismas.

Resumen del caso

Presentamos nuestra experiencia inicial en la elevación esternal mediante grúa (Osasun track) y analizamos la bibliografía publicada hasta el momento sobre las distintas técnicas desarrolladas.

Conclusiones

La cirugía de reparación mínimamente invasiva del pectus excavatum se encuentra en continuo cambio y actualización, aportando innovaciones y modificaciones técnicas que permitan disminuir los riesgos intraquirúrgicos. La elevación esternal debe considerarse de rutina y es importante conocer las distintas opciones disponibles. Consideramos que el empleo de la grúa proporciona una ventana retroesternal óptima y es una técnica segura.

30.Reemplazo esofágico con estómago tubulizado a través de la vía retroesternal.

Zelaya Contreras, Luz Emigdia; Garrido Pérez, José Ignacio; Vázquez Rueda, Fernando; Grijalva Estrada, Ornella; Paredes Esteban, Rosa María.Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción:

Existen diversas alternativas disponibles para la realización del reemplazo esofágico, una de ellas, la tubulización gástrica por vía retroesternal. Ésta supone un menor tiempo quirúrgico y permite asegurar un buen suministro de sangre a la gastroplastia incluidos. Además el epitelio gástrico, posee mayor resistencia a la ulceración por reflujo, es menos propenso al deterioro con el tiempo y la redundancia de tejido es menor.

A continuación, presentamos dos casos a los que se les realizó sustitución

con esta técnica.

Resumen del caso:

Dos pacientes, con edad promedio de 1 año, fueron intervenidos desde noviembre 2021 hasta octubre 2022 mediante gastroplastia tubulizada retroesternal. La causa en ambos fue de atresia esofágica tipo III long-gap. La sustitución se realizó con estómago tubulizado retroesternal. Para la formación del tubo gástrico, se resecó con endograpadora el cabo esofágico distal y la curvatura gástrica menor. Se identificó el cabo esofágico proximal. Para la vía de ascenso retroesternal, se extirpó el xifoides y se realizó disección roma del espacio retroesternal. El tubo gástrico se movilizó hasta la zona cervical para realizar la anastomosis esófago-gástrica término- terminal. Se colocó sonda de aspiración transanastomótica y drenaje en región cervical. Se creó yeyunostomía según técnica Stamm para soporte alimentario.

Resultados:

No se observaron complicaciones intraoperatorias. El primer paciente no presentó complicaciones en el post operatorio inmediato ni tardío con un seguimiento actual de 12 meses tolera adecuadamente por vía oral. El segundo paciente desarrolló dehiscencia parcial de la anastomosis en el postoperatorio precoz, que requirió reintervención.

Conclusiones:

En nuestra experiencia esta técnica es segura y reproducible obteniendo buenos resultados a corto y medio plazo.

31. Uso de crionalgnesia en la reparación mínimamente invasiva del pectus excavatum.

Botía Martínez, Carmen; Díaz Moreno, Eloísa; Moreno Delgado, José Andrés; Palomares Garzón, Cristina; Navarro Pardo, Juan Francisco. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Desde su descripción inicial en la literatura quirúrgica pediátrica, la reparación mínimamente invasiva del pectus excavatum (MIRPE) para el tratamiento del pectus excavatum se ha establecido como técnica quirúrgica de elección. A esta técnica se han ido incorporando modificaciones que han hecho de éste un procedimiento más seguro y eficiente. Sin embargo, el dolor postoperatorio sigue siendo una de las principales causas de morbilidad en los pacientes sometidos a este procedimiento.

En los últimos años, los protocolos de manejo del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos de pectus excavatum incorporan la crionalgnesia de los nervios intercostales con resultados hasta la fecha prometedores y mucho mejores en comparación con otras modalidades de analgesia convencional.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos nuestra experiencia con el empleo de crionalgnesia en tres pacientes intervenidos de pectus excavatum en nuestro centro. En uno de ellos, se realizó crionalgnesia toracoscópica inmediatamente previa a la reparación de la deformidad torácica. En los otros dos casos, se empleó la técnica de crionalgnesia percutánea realizada veinticuatro horas previo a la MIRPE.

En los tres casos, el empleo de analgesia postoperatoria se redujo notablemente en comparación con los pacientes intervenidos en nuestro centro y manejados con modalidades de analgesia convencionales. Todos los pacientes fueron dados de alta a domicilio con buen control del dolor únicamente con analgesia oral.

CONCLUSIONES

La crionalgnesia de los nervios intercostales demuestra ser una técnica efectiva para el manejo del dolor postoperatorio en pacientes con pectus excavatum intervenidos mediante reparación mínimamente invasiva. Esta modalidad analgésica nos permite iniciar la rehabilitación respiratoria antes y de forma más eficiente desde el primer momento, además de reducir la estancia hospitalaria y el uso de analgésicos.

32. Experiencia inicial en el empleo de técnicas mínimamente invasivas en pacientes intervenidos por sinus pilonidal.

Bayarri M, Cadaval C, Moya MJ, Morcillo J, Cabarcas L, Gálvez C. Granero R. Unidad de Cirugía Digestiva. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La cirugía del sinus pilonidal ha experimentado importantes avances en los últimos años. Se han descrito técnicas mínimamente invasivas que parecen asociar una disminución del dolor postoperatorio, menor tiempo de cicatrización y una incorporación más temprana a la actividad habitual. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia inicial en el empleo de estas técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con sinus pilonidal (SP) intervenidos del 2020 al 2022 mediante resección en bloque (RB) o técnicas mínimamente invasivas (TMI, siendo técnica de Gips y técnica de sinuscopia), desde 2020 a 2022.

Se examinaron variables demográficas, intraoperatorias (tipo de técnica elegida, tipo de anestesia, tiempo quirúrgico) y variables del seguimiento (complicaciones, tiempo de cicatrización, tiempo hasta incorporación a la actividad habitual).

RESULTADOS

Se intervinieron 38 pacientes (52,1% RB y 47,9% TMI, siendo 37,5% gips y 10,4% sinuscopia)). Ambos fueron comparables en cuanto edad, sexo e IMC. La disminución del tiempo quirúrgico y la recuperación hasta vida normal fue estadísticamente significativa (60' RB vs 17,5 gips vs 25 sinuscopia, $p < 0,05$ // 105 días RB vs 30 gips vs 30 sinuscopia $p < 0,05$). La presencia de infección de herida quirúrgica y de dehiscencia fue estadísticamente significativa ($p 0,019$ y $p 0,01$) no habiendo diferencias en la recidiva ($p 0,634$).

CONCLUSIONES

La cirugía del sinus pilonidal mediante el empleo de técnicas mínimamente invasivas aporta ventajas significativas en el tiempo quirúrgico, la recuperación a la vida normal y en la disminución de complicaciones.

33. Importancia de la intervención logopédica temprana en un paciente de Cirugía Pediátrica

*Encarnación Milla Guerrero, Carmen Castillo Requena, Clara Arrebola.
UGC Medicina Física y Rehabilitación del H. U. Torrecárdenas (Almería).*

Resumen

Paciente nacido de parto gemelar el 24 de junio de 2022, con 32 semanas de gestación, es el 2º gemelo con un peso al nacimiento de 1215 gr. Las complicaciones que presentó desde el nacimiento: enterocolitis necrosante, neumoperitoneo, sepsis por klebsiella, pannecrosis intestinal, fallo intestinal, síndrome de intestino corto, infección con SARS-coV2, hernia inguinal, entre otros. Precizando múltiples intervenciones quirúrgicas como gastrostomía, yeyunostomía e ileostomía.

Se realizó hoja interconsulta para rehabilitación y el 27 de julio de 2022, se realiza una valoración logopédica donde se encontró dificultad en sellado labial, protrusión lingual, paladar hendido, rechazo de chupete, reflejo de náusea exacerbado en lado izquierdo parte posterior de la lengua. El 28 de julio de 2022, se comienza tratamiento en UCI neonatal, realizándose durante estos meses, estimulación orofacial, orientada a reducir el reflejo de náusea, reducir el patrón de protrusión lingual, aumentar la presión intraoral de la succión, conseguir un sellado labial óptimo, y se hizo entrenamiento-asesoramiento a los padres para continuar con estimulación diaria.

A día 17 de octubre de 2022, debido a que se tomó la decisión de comenzar con nutrición enteral al mejorar la permeabilidad intestinal, con previo acuerdo de los profesionales, se inicia tolerancia oral con supervisión de logopedia, comenzando la estimulación con leche en guante, pasando a chupete y terminando en biberón, aumentando progresivamente a medida que el paciente iba mejorando la coordinación succión-respiración- deglución. En la actualidad, se están realizando tomas de 20 ml, progresando correctamente

Conclusión .- Dada la complejidad de estos pacientes, suelen presentar un ritmo lento en el paso de la alimentación parenteral y enteral hacia la alimentación completa por vía oral, causado en su mayor parte por la inactividad de la musculatura orofacial en ese proceso. La estimulación orofacial y de la succión permite por un lado preparar para el inicio de la ingesta vía oral y mantener el reflejo de succión – respiración – deglución activo, y es esa actividad la que permite progresar más rápido en ese proceso, logrando una curva pondo-estatural que permita la mejoría y acorte la estancia hospitalaria.

34. Bloqueo iliohipogástrico e ilioinguinal para hernioplastia inguinal programada en niños.

Pilar Pérez Gea. Servicio de Anestesiología y Reanimación Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

INTRODUCCION: La anestesia regional ecoguiada en población pediátrica aporta un óptimo manejo del dolor post operatorio minimizando los efectos secundarios, y permite el alta domiciliaria en el mismo día, siendo un complemento perfecto para la cirugía ambulatoria.

MÉTODOS: Se realiza una revisión sistemática de la literatura de forma comprensiva.

RESULTADOS: Se describe la realización de un bloqueo regional ilioinguinal /iliohipogástrico y se propone como parte de una técnica analgésica multimodal (AINES, paracetamol) en la cirugía de la zona inguinal en pediatría acompañando a una anestesia general con o sin intubación para proporcionar una analgesia más efectiva y duradera en estos procedimientos.

CONCLUSIONES: El bloqueo ilioinguinal e iliohipogástrico es una técnica muy sencilla que permite una adecuada analgesia perioperatoria en la cirugía de la región inguinal, con una baja tasa de complicaciones y que además supone un menor tiempo de estancia hospitalaria. Es la técnica de elección en este tipo de intervenciones.

35. No todas las tumoraciones cervicales son adenopatías, y no todas las adenopatías son infecciosas

Grijalva Estrada Ornella, Vázquez Rueda Fernando, Ibarra Rodríguez María Rosa, Ramírez Calazans Ana, Paredes Esteban Rosa María. Hospital Reina Sofía .Cordoba.

Introducción:

Las tumoraciones cervicales son un motivo frecuente de consulta en Cirugía Pediátrica. En la mayoría de los casos se trata de adenopatías de etiología infecciosa y suelen resolverse espontáneamente o con tratamiento antibiótico. Es importante el correcto diagnóstico de las mismas, ya que de un diagnóstico correcto deriva un tratamiento correcto que incluye en ocasiones biopsia diagnóstica.

Resumen del caso:

Paciente varón sano de 13 años de edad, sin antecedentes de interés, derivado por su pediatra desde atención primaria por tumoración laterocervical izquierda posterior de 1 año de evolución y adherida al músculo esternocleidomastoideo. En la ecografía solicitada por su pediatra de atención primaria, si bien no define el origen de la tumoración, aporta datos compatibles con adenopatía atípica o malformación vascular, por lo se recomienda ampliar estudio de imagen. En resonancia magnética (RNM) se objetiva adenopatía única cervical de características atípicas sin precisar su origen, por lo que se realiza biopsia y estudio histológico. El paciente presentaba, además, una siringomielia en C6-C7 de 14,5mm por lo que fue valorado por neurocirugía que completa estudio con resonancia craneal y espinal completa. Dicha RNM confirma la siringomielia junto a un quiste epidermoide en cisterna supraselar por lo que se indica seguimiento y tratamiento conservador.

Se practicó exéresis de la adenopatía siendo el informe de anatomía patológica compatible con metástasis ganglionar de carcinoma papilar de tiroides. En el estudio de extensión, la ecografía tiroidea identificó un nódulo de 1cm en el lóbulo inferior izquierdo. Se programa tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central y lateral izqdo. Posteriormente se administra I-131 con dosis ablativa y terapia sustitutiva con levotiroxina. Evolución favorable, actualmente en seguimiento por Cirugía Pediátrica, Oncología y Endocrinología Pediátrica.

Conclusiones:

Las adenopatías pueden ser la primera manifestación de numerosas enfermedades en la infancia, además de infecciosas. Deben de ser diagnosticadas de forma precoz, siendo a veces la primera manifestación de un proceso neoplásico.

36.Unidad de anquiloglosia. Nuestra experiencia. Resultados iniciales.

Castilla Parrilla, Elena María; Palomares Garzón, Cristina; Botía Martínez, Carmen; Fernández-Valadés, Ricardo.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. Unidad de Anquiloglosia.

Introducción y objetivos

La anquiloglosia o frenillo sublingual restrictivo supone un motivo de consulta frecuente en los últimos años, reportándose un aumento de la incidencia a nivel internacional. Actualmente afecta entre el 1- 12% de todos los lactantes.

Su tratamiento en esta edad requiere un abordaje multidisciplinar en el que previo a la frenectomía debe realizarse una consultoría y supervisión adecuada de la lactancia.

Presentamos nuestra experiencia tras la creación de la Unidad de Anquiloglosia en la que se aborda la patología de manera conjunta: Cirugía Pediátrica, Asesores de Lactancia y Rehabilitación.

Métodos

Se presenta el nuevo protocolo de atención a los pacientes con sospecha de anquiloglosia, que incluye el flujograma de derivación, y los casos atendidos en la Unidad desde su creación en junio de 2022. Revisamos y analizamos los datos recogidos en nuestra base de datos (origen de derivación, motivo de consulta, edad, tipo de frenillo/anquiloglosia y tratamiento y manejo posterior), así como las dificultades y problemas detectados desde su puesta en marcha y las modificaciones realizadas en la asistencia.

Resultados

Desde su creación en junio hasta el 31 de octubre de 2022 se han atendido un total de 160 pacientes. La edad más frecuente de derivación es en torno a los 7 días de vida; el tipo de frenillo más encontrado fue el tipo II seguido del III; el motivo de consulta principal la dificultad en el agarre y dolor. 86 pacientes (53%) han requerido frenulectomía en la primera valoración, 4 en consultas sucesivas y 12 programación quirúrgica; sin embargo en 57 pacientes (35%) no se ha precisado intervención, objetivándose en 23 de ellos otros problemas de lactancia no relacionados con frenillo anormal o restrictivo.

Conclusiones

La creciente demanda de esta patología ha originado la necesidad de una reestructuración en su atención para ofrecer una asistencia de calidad siendo necesaria una consulta multidisciplinar en la que asistan profesionales sanitarios de diferentes especialidades con el objetivo de hacer un seguimiento integral de los pacientes y consensuar las decisiones de tratamiento.

37.Miofibroma infantil solitario de presentación atípica.

Ramírez Calazans Ana, Ibarra Rodríguez María Rosa, Grijalva Estrada Ornella, Vázquez Rueda Fernando, Ortega Salas Rosa, Paredes Esteban Rosa María.UGC Cirugía Pediátrica. Hospital Reina Sofía de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

La miofibromatosis infantil es una patología rara que consiste en la presentación única o múltiple de tumores mesenquimales benignos en tejidos blandos. La mayoría son congénitos y hasta un 90% de los casos son niños menores de 2 años. Existen tres formas de presentación: lesión única o miofibroma solitario, o lesiones múltiples con o sin compromiso visceral. Su localización más frecuente es la región de cabeza y cuello, aunque puede aparecer también en otras localizaciones.

Presentamos el caso de una paciente fuera del rango frecuente de edad y de la localización más común de la patología descrita.

CASO CLINICO

Niña de 14 años remitida a nuestro servicio por tumoración en pared abdominal, en región subcostal y pararectal derecha, de unos 2 cm de diámetro, no adherida a piel, pero sí a planos profundos. En la ecografía y TC abdominal realizados se describe, a nivel subcutáneo y adyacente al músculo recto anterior derecho, una lesión hipoecoica y no vascularizada. No se hallaron lesiones a otros niveles. Las características radiológicas de la lesión fueron inespecíficas por lo que se recomendó su exéresis. Durante la cirugía se aprecia una tumoración del tamaño descrito, dura, polilobulada y adherida a fascia. Se realiza exéresis radical de la lesión. El informe de anatomía patológica describe una proliferación pseudoencapsulada, de moderada densidad celular y con focos de calcificación, con ausencia de necrosis y mitosis atípicas. El estudio inmunohistoquímico realizado demuestra focos de expresión de desmina y actina de musculo liso, con diagnóstico de miofibroma solitario.

CONCLUSIÓN

La miofibromatosis infantil es una enfermedad rara que aparece en los primeros años de vida, siendo más de la mitad de los casos congénitos. Aunque se trata de una patología benigna, las formas múltiples y la localización visceral empeoran el pronóstico, por lo que es importante el estudio de extensión. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros tumores mesenquimales y de partes blandas. La biopsia o exéresis es necesaria para su diagnóstico definitivo.

38. Anomalía vascular fibroadiposa: Una anomalía vascular de tratamiento quirúrgico.

González Cayón J. Vázquez Rueda F.

Ibarra Rodríguez MR. Grijalv EstradaOB Paredes Esteban RM.

UGC Cirugía pediátrica. H.U. Reina Sofía, Córdoba

Introducción

La anomalía vascular fibroadiposa (FAVA) fue descrita por primera vez en 2014. Su diagnóstico en muchas ocasiones ha sido erróneo, confundiéndose habitualmente con malformaciones venosas, arteriovenosas o incluso con tumores vasculares o de partes blandas, recibiendo por tratamientos inefectivos. Sin embargo, la FAVA posee características clínicas, radiológicas, histológicas y genéticas específicas que la diferencian de todas ellas.

Resumen del caso

Presentamos el caso de una niña de 9 años que consulta a su pediatra por notarse un bulto en muslo izquierdo de varios meses de evolución. Es deportista profesional y refiere dolor al caminar y al realizar ejercicio además de contractura muscular. Mediante RNM se objetiva una lesión de 8 x 15 mm en el espesor de vasto medial de cuádriceps femoral, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con realce heterogéneo tras la administración de contraste. Mediante estudio Doppler se confirma lesión de bajo flujo. Ante la sospecha de FAVA se decide resección quirúrgica.

Al aspecto macroscópico intraoperatorio se objetiva una lesión intramuscular bien delimitada que se reseca en su totalidad. El examen anatomopatológico revela una anomalía vascular intramuscular de vasos de pequeño calibre, algunos con pared muscular y otros venosos ectásicos, rodeados por tejido adiposo, sin expresión de WT1.

Tras 5 meses de seguimiento, la paciente se encuentra sin dolor, pudiendo realizar su actividad física deportiva habitual sin limitaciones.

Comentarios

Existen series en las que la cirugía demuestra ser el único tratamiento que logra eliminar la totalidad de los síntomas en la patología descrita, siendo la esclerosis inefectiva. Consideramos que el diagnóstico radiológico correcto de esta anomalía vascular, poco frecuente, es crucial a la hora de plantear un tratamiento efectivo y de esta forma evitar otros procedimientos de menor utilidad.

39.El papel de la farmacología en la Anestesia Pediátrica.

Martínez Bordajandi, Alvaro. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Introducción. El perfil farmacodinámico y farmacocinético difiere entre niños y adultos, así como sus efectos adversos. La farmacocinética está afectada por la composición corporal y estado de madurez de los órganos. Sin embargo, la farmacodinamia dependerá de la capacidad de órganos nobles como cerebro y corazón. Por ello, la farmacología anestésica pediátrica requiere ajuste de dosis con el objetivo de evitar los eventos adversos y alcanzar una respuesta clínica esperada.

Objetivo. Conocer el estado de la literatura sobre la farmacocinética y farmacodinamia de los fármacos empleados en anestesiología pediátrica.

Metodología. Se ha realizado una revisión de la literatura mediante PUBMED. Se han seleccionado artículos en inglés publicados entre 2015 y 2022, utilizando como palabras clave anestesiología pediátrica y farmacología.

Resultados.

Midazolam aporta mejor farmacocinética que otras benzodiazepinas ya que su metabolito tiene una mínima actividad clínica. Ofrece amnesia anterógrada, ansiolisis y sedación preoperatoria. La dosis tanto de inducción como mantenimiento de Propofol serán mayores en población pediátrica, por la peculiaridad de su constitución y cómo esta modifica el volumen de distribución del fármaco. El aclaramiento renal de Propofol madurará en los 6 primeros meses.

Ketamina presenta alta liposolubilidad por lo que se tiene facilidad para su distribución y es capaz de hacer inducción en menos de un minuto. Los neonatos requieren mayores dosis por su elevado volumen de distribución y menor aclaramiento.

El fentanilo presenta un rápido inicio de acción, pero con menor vida media. Sin embargo, en prematuros su aclaramiento estará disminuido, por lo que es necesaria una vigilancia respiratoria más prolongada.

La infusión controlada por objetivos (TCI), modulará la dosificación en función del mantenimiento de concentraciones a nivel cerebral teniendo en cuenta niveles plasmáticos. Con ello, se conseguirán efectos clínicos rápidos cuando sea necesario. Los halogenados inhalados también presentan peculiaridades respecto a su CAM dependiendo de la edad. Los recién nacidos requieren una CAM de hasta un 25% menos que los lactantes. La CAM se hace máxima en torno a los 3 meses de edad donde comienza a disminuir. Los pacientes pediátricos presentan una absorción y eliminación más rápida.

Conclusiones. La anestesia pediátrica requiere conocimientos y formación específica. Se trata de un desafío para el anestesiólogo no especialista en niños debido a los cambios en la composición corporal incluso a lo largo del desarrollo desde recién nacido a la pubertad. Por ello, se considera necesario conocer la farmacocinética y farmacodinamia y las diferencias entre cada grupo de edad.

40. Biopsia Pulmonar dirigida por semilla de titanio con Iodo 125. Una herramienta útil para el diagnóstico de tumores de difícil acceso.

*Moreno-Delgado JA, Palomares Garzón Cristina, Botía Martínez Carmen, Castilla Parrilla Elena, Cárdenas Cárdenas Karen, Fernández Valadés Ricardo.
Hospital Universitario Materno-Infantil Virgen de las Nieves, Granada*

Introducción:

El uso de semillas de Iodo 125 o Tecnecio 99 se ha utilizado en el tratamiento como braquiterapia de diversos cánceres (encéfalo, próstata...) y en algunos casos ha sido de utilidad para el diagnóstico o identificación de tumores de difícil localización como son ciertos nódulos mamarios en el cáncer de mama. Con el avance de la radio-oncología y la medicina nuclear, actualmente se dispone de varios dispositivos capaces de rastrear el radiofármaco asociado a la semilla ya sea por cirugía abierta o laparoscópica.

Resumen del Caso:

Varón de 13 años derivado por varicocele derecho asociado a cefaleas y taquicardias de un año de evolución. En ecografía abdominal se observa masa de 9x6x9 cm muy vascularizada lateral a vena cava inferior, planteando origen renal o suprarrenal con malformación arterio-venosa asociada. Se amplió estudio con TC y angioRMN en los que se visualiza masa retroperitoneal que engloba aorta y troncos principales. Se completa con PET-TAC evidenciando masa hipermetabólica sospechosa de angiosarcoma, dos micrometástasis pulmonares y una probable metástasis vertebral en D1. Ante la duda diagnóstica y el alto riesgo de sangrado en la toma de biopsia por la naturaleza de la masa se plantean otras alternativas, decidiéndose realizar biopsia pulmonar toracoscópica mediante marcaje de metástasis pulmonar con I125. El procedimiento resulta rápido, seguro y poco invasivo, con el que finalmente se llega al diagnóstico de paraganglioma metastásico.

Conclusiones:

El uso de las semillas con radioisótopos es de gran ayuda en casos de tumores de difícil diagnóstico como es nuestro caso, ya que disminuye la morbilidad por el riesgo de hemorragia masiva al realizar una biopsia directa de la masa. Este tipo de herramientas diagnósticas nos enseñan la importancia de trabajar en un equipo multidisciplinar en cuanto a casos de oncología pediátrica y trasladar muchas veces la experiencia en adultos hacia la edad pediátrica.