

ENSAYO CLÍNICO:  
SALA VERDI

- **Informe a la sociedad: ensayo clínico aleatorizado comparando la urokinasa y la toracoscopia en el tratamiento del empiema paraneumónico complicado en la infancia.** Marhuenda C, Barceló C, Moreno A, Fuentes I, Cano I, López M, Hernández F, González Pérez-Yarza E, Matute JA, García-Casillas M, Álvarez V. *Hospital Vall d'Hebrón, Hospital 12 de Octubre, Hospital La Paz, Hospital Donostia, Hospital Gregorio Marañón, Hospital General de Asturias*

**Objetivos.** Comparar la eficacia del drenaje más fibrinolíticos (DF) y la toracoscopia vídeo asistida (VATS) en el tratamiento del empiema paraneumónico (PPE) complicado en niños.

**Material y métodos.** Ensayo prospectivo aleatorizado multicéntrico.

Los pacientes ingresados con un PPE fueron aleatorizados para ser tratados con DF o VATS. La variable principal fue la duración de la estancia hospitalaria tras el tratamiento. Las variables secundarias fueron la duración total de la estancia, el número de días con drenaje torácico y los fracasos del tratamiento.

De acuerdo con datos previos que no mostraban diferencias significativas entre ambos tratamientos, el estudio estableció una hipótesis de equivalencia entre ambas ramas.

El proyecto fue aprobado por los Comités de Ética Asistencial de todos los hospitales participantes.

**Resultados.** Ciento tres pacientes fueron incluidos y analizados; 53 fueron tratados con VATS y 50 con DF.

No hubo diferencias demográficas ni en las características basales de ambos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre la estancia postoperatoria media entre los grupos VATS y DF (11,36 vs 11,44), en la estancia hospitalaria (14,47 vs 14,58) ni en la duración del drenaje torácico (5,64 vs 5,96).

Un 15% de los niños fueron reintervenidos en el grupo VATS versus un 10% en el grupo DF ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** La VATS y el drenaje más fibrinolíticos son clínicamente equivalentes como tratamiento inicial del empiema paraneumónico loculado.

*Forma de presentación: Oral.*

COMUNICACIONES ORALES 1  
SALA VERDI

- **Nuestra experiencia con el hemangioma congénito rápidamente involutivo.** Barceló C, Martín-Santiago A, Bauzá A, Bregante J, Saus C, Marhuenda C. *Hospital Universitario Son Espases*

**Objetivos.** La principal característica y diferencia del hemangioma congénito (HC) respecto al hemangioma infantil es su presencia al nacimiento y marcador histológico GLUT 1 negativo. El tipo rápidamente involutivo (RICH) se caracteriza por una involución rápida durante el primer año con secuelas estéticas variables sin ningún tratamiento.

Hemos seguido la evolución de nuestros casos de RICH.

**Material y métodos.** Se revisan los pacientes diagnosticados de RICH, analizando la evolución de las lesiones, alteraciones analíticas, aplicación de tratamientos (médico o quirúrgico) y resultados de la biopsia.

**Resultados.** Se han revisado 6 casos. Todos presentaban lesión vascular al nacimiento e, incluso en un caso hubo diagnóstico prenatal de masa en pierna derecha. Dicho paciente, al nacer desarrolló plaquetopenia severa, coagulopatía y sangrado con escasa mejoría tras transfusión, realizándose exéresis completa de la lesión a las 36 horas sin secuelas.

Otros 4 casos fueron tratados mediante control evolutivo, observándose involución importante de las lesiones en los primeros meses de vida con mínimas secuelas estéticas. Sólo se realizó biopsia en un caso que fue GLUT 1 negativo. No tuvieron alteraciones analíticas.

El caso más antiguo fue tratado con infiltración de corticoides, presentando mejoría progresiva de la lesión.

**Conclusiones.** El RICH involuciona por sí sólo sin necesidad de tratamiento. Su comportamiento evolutivo debe ser

conocido por las personas que tratan este tipo de patologías para evitar la aplicación de tratamientos innecesarios en estos pacientes, excepto en casos determinados que presenten plaquetopenia, coagulopatía o sangrado importante. Si existen dudas diagnósticas, se debería realizar biopsia de cualquier lesión vascular.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Cirugía bariátrica en la obesidad infantil y del adolescente.** Olivares P, Leal N, Lama R, Morais A, De Miguel M, Martín C. *Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La obesidad mórbida es una patología que en numerosas ocasiones comienza en la infancia, causada por problemas alimentarios, genéticos y metabólicos. En nuestro centro, hemos creado un equipo multidisciplinar, formado por pediatras expertos en nutrición, endocrinólogos, psicólogos, y cirujanos pediátricos.

**Material y métodos.** Nuestros pacientes provienen de una extensa área sanitaria. Recibimos además ingresos de ámbito nacional. La primera consulta va seguida necesariamente de un estudio psicológico que valorará la aceptación por parte del niño de una intervención correctora de su obesidad. Controlamos en nuestro centro más de cuarenta pacientes desde hace 5 años, con un rango de edad de 10 a 18 años.

**Resultados.** Hemos realizado 17 intervenciones quirúrgicas. Colocación de balón intragástrico (n=3), técnica ya casi descartada de nuestro arsenal terapéutico por su limitada eficacia, colocación de banda gástrica ajustable (n=12), y reducción de la capacidad gástrica o gastroplastia vertical en manga (n=2). La obesidad ha pasado de una media de +6DS a +1,3DS de sobrepeso bajando el score Z por debajo de 1,1 sobre el P90, lo que demuestra una corrección adecuada de la obesidad mórbida. Catorce de estos pacientes continúan perdiendo peso de forma controlada.

#### **Conclusiones.**

- La cirugía bariátrica en niños debe realizarse en un hospital pediátrico para que se beneficien del apoyo de expertos en pediatría, anestesia y cirugía infantil, así como del soporte psicopatológico adecuado.
- Las intervenciones sobre niños y adolescentes deberán tener carácter reversible en lo posible.
- Tratados a temprana edad evitamos que algunos de estos niños con obesidad mórbida lleguen a la edad juvenil con obesidades extremas.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Valoración de la calidad de vida en los pacientes intervenidos por RGE mediante laparoscopia en la edad pediátrica.** Granero Cendón R, Ruiz Hierro C, Garrido Pérez JI, Vargas Cruz V, Lasso Betancor CE, Paredes Esteban RM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).*

**Objetivos.** Valorar la calidad de vida y la sintomatología de los pacientes intervenidos por RGE mediante laparoscopia en nuestro centro, antes y después de la cirugía.

**Material y métodos.** Recogemos los datos de los pacientes intervenidos laparoscópicamente por RGE en nuestro centro, pre y postcirugía, agrupados en 4 ítems: estudio nutricional, pruebas diagnósticas, encuesta realizada a las familias de los pacientes sobre la sintomatología (diferenciando en síntomas preferentemente digestivos o respiratorios), formulario entregado a las familias de los niños sobre calidad de vida; además, determinamos la edad y sexo de los pacientes, antecedentes personales y la técnica quirúrgica utilizada.

**Resultados.** Hemos intervenido 30 pacientes por RGE, 21 varones y 9 mujeres, de 11 meses a 14 años (edad media 5 años) de los cuales 8 (26%) presentaban algún grado de encefalopatía

La técnica quirúrgica más utilizada es la de Nissen (21 casos).

La mayoría de los pacientes presentaban alteración importante en sus actividades diarias previa a la cirugía. La sintomatología más frecuente fue la digestiva (67% casos) y aunque todos presentaron mejoría, las familias de los niños con sintomatología predominantemente respiratoria referían mayor reducción de la clínica tras la corrección quirúrgica.

Todos mejoraron en su curva de crecimiento.

#### **Conclusiones.**

- Los pacientes intervenidos por RGE tienen una mejora importante en su calidad de vida, no sólo por la reducción de su sintomatología sino también desde el punto de vista nutricional
- Pese a que todos los pacientes presentaron una mejoría clínica, es importante realizar pruebas funcionales postquirúrgicas para tener un control objetivo de la misma.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Rescate de las invaginaciones intestinales aparentemente irreductibles mediante neumoenema bajo anestesia general en quirófano.** Díaz-Aldagalán García R\*, Pérez-Martínez A, Pisón-Chacón J, Ayuso-González L, Salcedo Muñoz B\*\*, Goñi Orayen C\*. *Servicios de Cirugía Pediátrica, Pediatría\* y Medicina Preventiva\*\* del Complejo Hospitalario de Navarra.*

**Objetivos.** Cuando el enema realizado en la Sala de Radiología para tratar una invaginación no tiene éxito, el enfermo debe ser sometido a cirugía. Un nuevo intento de reducción en quirófano, bajo anestesia general, previo a la laparotomía, puede evitar la cirugía a un número importante de enfermos.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo entre 2002 y 2010 de pacientes con invaginación intestinal sometidos a procedimiento de desinvaginación en Radiología sin anestesia. Los casos no resueltos se incluyeron en el grupo A (cirugía directa) o en el B (neumoenema bajo anestesia general en quirófano) dependiendo del equipo quirúrgico de guardia.

**Resultados.** Incluimos 93 casos con edad media  $1,98 \pm 2,68$  años. 67 pacientes fueron resueltos en ese procedimiento (72%). De los 26 con fracaso terapéutico 11 fueron asignados al grupo A (laparotomía inmediata) y 15 pacientes al grupo B. El 100% de estos últimos fueron resueltos con el neumoenema bajo anestesia. No hubo diferencias en edad, sexo, ni tiempo de evolución entre grupos. La estancia hospitalaria y número de reingresos fueron significativamente desfavorables para el grupo A.

**Conclusiones.** Opinamos que una anestesia general y la actuación de un cirujano pediátrico permiten aumentar las presiones de reducción, manteniéndolas en el tiempo sin oscilaciones debidas a la presión abdominal de un enfermo despierto. El ambiente quirúrgico permite una rápida intervención en caso de complicación.

Demostramos que el neumoenema bajo anestesia en quirófano, evita la cirugía abdominal en un 16% de nuestros enfermos. Las técnicas de desinvaginación deben formar parte de nuestra formación.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **¿Estamos tratando bien la enfermedad pilonidal en los niños? Objetivos terapéuticos más allá de prevenir la recidiva.** González-Temprano N, Sánchez-Vázquez M\*, Ayuso-González L, Pisón-Chacón J, Pérez-Martínez A. *Servicio de Cirugía Pediátrica, \*Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

**Objetivos.** Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo de nuestros pacientes pediátricos afectados de enfermedad pilonidal en los últimos 5 años, para valorar nuestros resultados y modificar si es preciso el protocolo asistencial.

**Material y métodos.** Incluimos pacientes sintomáticos menores de 15 años con enfermedad pilonidal. En todos ellos realizamos una extirpación amplia del tejido pilonidal, sin marcaje con colorante de los trayectos y cierre primario sin drenajes.

**Resultados.** Atendimos a 20 adolescentes (15 mujeres y 5 varones) de edades comprendidas entre 12 y 15 años (edad media 13,3 años) y índice de masa corporal entre 17 y 33 (IMC medio  $26,4 \text{ kg/m}^2$ ). La estancia media hospitalaria fue de 1,45 días.

Cuatro enfermos tuvieron recidiva de la enfermedad (20%)(dos de ellos doble) que tratamos con 3 cierres primarios en línea media y tres con puesta a plano. En 2 casos en los que se produjo una pequeña dehiscencia parcial de la herida permitimos una cura por segunda intención. Nunca usamos colgajos o marsupializaciones.

La vuelta a la actividad normal fue precoz y el resultado estético aceptable.

**Conclusiones.** Aunque el cierre primario en línea media permite una reincorporación rápida a la actividad normal y el mantenimiento del pliegue interglúteo sin grandes cicatrices (aspectos que no se obtienen con la puesta a plano o el cierre

con colgajos), la tasa de reintervenciones es inaceptable. Hemos incluido en nuestro protocolo quirúrgico el marcaje previo de los trayectos fistulosos con agua oxigenada y colorante para reducir las recidivas, junto con el control dietético del posible sobrepeso.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Manejo de las adenopatías por micobacterias atípicas en niños.** Sanchís Blanco G, Gómez López F, Mínguez Sanz JM, Otero Reigada MC. *Hospital Infantil La Fe.*

**Objetivos.** El tratamiento de las adenitis causadas por micobacterias atípicas (MA) en los niños es todavía origen de controversia en la práctica clínica diaria. Revisamos los casos tratados en nuestro centro y exponemos nuestro protocolo de manejo de las adenopatías por micobacterias no tuberculosas en la infancia.

**Material y métodos.** Se incluyen los niños con adenitis por MA atendidos desde el año 2000 al 2010, considerándose diagnóstico de MA la presencia de granulomas en la muestra, de bacilos ácido-alcohol resistentes o el crecimiento de MA en los cultivos. A todos los pacientes se les realizó un vaciamiento ganglionar de las cadenas afectas y excepto en un caso, se asoció tratamiento antibiótico combinado.

**Resultados.** Se identifican 10 pacientes (7 niños y 3 niñas) de entre 22 meses y 11 años (media 4,8 años). Presentaban afectación ganglionar de los niveles: I, el 20% casos; II, el 100% de los casos; III, el 90%; IV, el 30%; V, el 20% de los casos. El cultivo resultó positivo en 5 casos: *m. avium intracelulare* (n=4) y *m. scrofulaceum* (n=1). Se realizaron 11 vaciamentos ganglionares, 1 funcional, 1 suprahomoideo, 3 anterolaterales y 6 selectivos. El tiempo medio de seguimiento fue de 10 meses, y la evolución satisfactoria en todos los casos. No hubo ninguna recidiva y 4 pacientes presentaron cicatrices hipertróficas que mejoraron con el tiempo.

**Conclusiones.** Según nuestra experiencia, el abordaje quirúrgico asociado a la terapia antimicrobiana prolongada es eficaz para el tratamiento las adenopatías por MA en la infancia, siendo el desarrollo de cicatrices hipertróficas el principal inconveniente.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Manejo conservador de los catéteres venosos centrales retenidos.** Albertos N, Gallego N, Mira J, Encinas A, Sánchez O, Martín ME, González F, Navarro C, Garramone N. *Hospital General Universitario de Alicante.*

**Objetivos.** La retirada de los catéteres venosos centrales (CVCs) suele ser un procedimiento quirúrgico sencillo. Sin embargo, en algunos casos el catéter se encuentra englobado en la pared del vaso y su extracción no es posible si no se realizan intervenciones más invasivas.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo desde 2003 a 2011 de los pacientes a los que se les ha retirado un CVC y de los factores que podrían haber intervenido en la imposibilidad de retirada. Se han comparado los tipos de catéter, la zona de inserción, el tiempo transcurrido desde la inserción a la retirada, el diagnóstico principal y el tipo de medicación. Además se ha realizado un seguimiento clínico y mediante pruebas de imagen en los pacientes con CVCs retenidos.

**Resultados.** Se realizaron 164 intervenciones. En 5 casos no se pudo extraer el CVC. Éstos 5 casos fueron pacientes diagnosticados de LLA B y llevaron tratamiento quimioterápico idéntico. Además, en el momento de su retirada, todos llevaban el CVC por un periodo mayor a 2 años (de 29 a 84 meses). En los pacientes con fragmentos retenidos no se produjo ninguna complicación derivada de esta condición. El periodo medio de seguimiento fue de 36 meses (máximo de 48 meses).

**Conclusiones.** Las posibles complicaciones derivadas de la presencia de fragmentos de los CVCs retenidos son la infección, la trombosis venosa y la migración del catéter. En base a nuestros resultados, planteamos que se podría considerar en estos pacientes una actitud expectante y un manejo conservador.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Migración de catéter tras retirada de dispositivo de acceso intravascular. Tratamiento mediante radiología intervencionista.** Gander R, Molino JA, Guillén G, Lain A, Lloret J, Romero A, Martínez Ibáñez V. *Hospital Universitario Vall d'Hebron.*

**Objetivos.** Existen numerosas publicaciones en la literatura sobre las complicaciones relacionadas con la colocación de dispositivos de acceso intravascular implantables en pacientes pediátricos. Sin embargo, los reportes sobre las complicaciones relacionadas con su retirada son escasos, a pesar de su potencial gravedad.

**Material y métodos.** Describimos el caso de un paciente de 6 años afecto de anemia hemolítica grave portador de un dispositivo de acceso intravascular (*port- a-cath*) durante 4 años, colocado mediante venotomía de la yugular interna derecha. Durante la retirada del dispositivo se produce la rotura accidental del catéter.

**Resultados.** Mediante fluoroscopia se observa un fragmento de unos 2 cm anclado a nivel intratorácico, no accesible mediante venotomía, por lo que se contacta con radiología intervencionista para su extracción. Mediante punción ecoguiada de la vena femoral derecha se consigue liberar el fragmento de catéter anclado con enlazado del extremo libre. Durante la extracción se produce migración accidental del fragmento a la vena pulmonar derecha. Finalmente, se logra enlazar y extraer sin incidencias. El paciente presenta un postoperatorio correcto.

**Conclusiones.** La retirada de dispositivos de acceso intravascular implantable en niños es una técnica que no está exen-

ta de complicaciones. La rotura accidental del catéter durante su extracción es la complicación más frecuente. Dada la incertidumbre acerca de la evolución de los cuerpos extraños intravasculares en pediatría y sus potenciales consecuencias, siempre que sea posible deben extraerse. En la actualidad, la radiología intervencionista es imprescindible para solventar este tipo de complicaciones.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Persistencia de fragmentos intravasculares tras la retirada de los accesos venosos centrales: ¿quitar o no quitar?** Gómez-Chacón J, Mangas L, Bautista F, Costa E. *Hospital la Fe, Valencia.*

**Objetivos.** Describir los casos de retención de fragmentos de accesos venos centrales permanentes (ACVP) en nuestro centro, su manejo y su seguimiento a largo plazo

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los pacientes en los que se retiró el AVCP en la unidad de Cirugía Pediátrica de nuestro centro entre los años 1996 y 2008. Se realizó análisis estadístico teniendo en cuenta edad, sexo, localización, diagnóstico, tiempo de uso y tipo de retirada mediante X<sup>2</sup>, test exacto de Fisher o t-Student.

**Resultados.** El 44% de los AVCP implantados fueron retirados durante el periodo de estudio (355/812). En 6 casos (1,6%) no fue posible la extracción completa del catéter. Todos ocurrieron en pacientes con enfermedades oncológicas tras haber completado el tratamiento. En tres casos se intentó la extracción del fragmento retenido no siendo posible completamente en ninguno. La mediana de seguimiento ha sido de 9.2 años. Un paciente presenta signos leves de insuficiencia venosa 12 años después. En nuestra serie, el tiempo de uso del sistema por encima de 48 meses ( $p=0,009$ ) y la colocación por vía safena ( $p=0,01$ ) se asociaron a mayor riesgo de retención de fragmentos.

**Conclusiones.** La persistencia de fragmentos de catéter tras la retirada de los AVCP es una complicación infrecuente en nuestra serie y no se ha asociado a complicaciones importantes. Por ello, la utilización de procedimientos de retirada agresivos debería adecuarse a la situación de cada paciente, pues su éxito es cuestionable. Si la situación clínica del paciente lo permite, recomendamos la retirada del sistema a los 48 meses.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Procedimientos mínimamente invasivos guiados por imagen. Una alternativa útil. Nuestra experiencia en un hospital comarcal.** Torino Casasnovas JR\*, Martí Camps M\*, García S\*\*, Soriano D\*\*\*. \*Unidad de Cirugía Pediátrica, \*\* S. Anestesiología, \*\*\* S. Pediatría. *Consorci Sanitari de Terrassa. Hospital de Terrassa.*

**Objetivos.** Los procedimientos terapéuticos guiados por imagen son habituales fuera del ámbito pediátrico. La aplica-

ción de técnicas de imagen en el quirófano (Rx y ecografía) es un avance que se une al arsenal de técnicas mínimamente invasivas. Describimos nuestra experiencia en tres años de práctica.

**Material y métodos.** Presentamos los diferentes procedimientos practicados en nuestro centro desde 2008, así como la descripción técnica de los mismos que incluye desde drenajes torácicos localizados, nefrostomías, visualización de vías o los bloqueos anestésicos periféricos.

Las edades comprendidas de nuestros pacientes entre 3 meses y adolescencia.

**Resultados.** En nuestra comunicación describimos los procedimientos técnicos con detalle. Los drenajes de colecciones han sido guiados por ecografía al igual que las nefrostomías y tratados con técnica y equipos de punción única. Los drenajes torácicos han sido marcados y puncionados bajo control ecográfico y en función de sus características hemos utilizado unos tubos u otros.

También hemos utilizado la ecografía para localizar lesiones poco palpables, localizar vías venosas o bloqueos anestésicos.

Los procedimientos endourológicos como colocación de catéter doble J (un caso) combinando cistoscopia y el control con Rx. Todos los procedimientos han sido realizados en quirófano con equipos portátiles y bajo anestesia general.

**Conclusiones.** Los procedimientos terapéuticos o de soporte guiados por imagen son una inestimable ayuda en la práctica cotidiana. Permiten aumentar la precisión y reducir la morbilidad de las técnicas "a ciegas". En nuestros casos han sido resolutivos en la mayoría de las ocasiones.

Por contra es imprescindible un metódico entrenamiento y habituarse a los equipos y técnicas de imagen.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Permeabilidad carotídea tras canulación cervical por ECMO.** Zornoza Moreno M, Cerdá Berrocal J, Cañizo López A, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo A, Rojo Diez R, Carrera Guermur N, Molina Hernando E, García-Casillas Sánchez MA, Pelaez Mata D. *Hospital Infantil Gregorio Marañón.*

**Objetivos.** Analizar la utilidad de la reconstrucción carotídea tras la decanulación del ECMO (oxigenación de la membrana extracorpórea) y el momento más adecuado para realizarla.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de casos y controles de 200 pacientes que precisaron ECMO mediante canalización cervical derecha (vena yugular interna y arteria carótida común) del 2001 al 2010. Comparamos mediante eco-doppler ambulatorio la permeabilidad de la región canulada y del territorio carotídeo distal en los pacientes sin reconstrucción y con reconstrucción precoz (<5d) o tardía (>5d).

**Resultados.** La tasa de mortalidad fue del 67%. El 100% de los pacientes con ligadura arterial que sobrevivieron pre-

sentaban por eco-doppler interrupción del flujo carotídeo pero con buen flujo distal por vascularización colateral. Todos los pacientes con reconstrucción arterial que sobrevivieron presentaron buen flujo distal a la región anastomosada, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas en la reperfusión distal según la técnica de decanulación ( $p > 0,05$ ). De los pacientes reconstruidos, todos los que mantuvieron la canulación cervical más de 5 días presentaban estenosis críticas en la región reconstruida, y aquellos que mantuvieron canulación durante 5 días o menos, presentaron el 75% eco-doppler normal y el 25% alteraciones mínimas.

**Conclusiones.** ECMO es una técnica necesaria en pacientes con fracaso cardiorrespiratorio en que las medidas convencionales han fracasado. Según nuestro estudio no hay diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) en cuanto a la vascularización distal a la carótida primitiva según la técnica de decanulación. En cuanto a la reconstrucción vascular, ésta debería realizarse antes del sexto día para obtener una adecuada reperfusión.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Manejo del plastrón apendicular.** Villalón F, Villanueva A, Suñol MA, Garay J, Arana J, Jiménez J, Sainz de la Maza M, Eizaguirre I. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Donostia, San Sebastián*

**Objetivos.** El manejo del plastrón apendicular continúa siendo controvertido. Hay autores que defienden un tratamiento conservador inicial seguido de apendicectomía programada. Nuestro propósito ha sido analizar la utilidad de este enfoque y el momento óptimo para la intervención.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos tratados en nuestro hospital durante los últimos 8 años. Hemos analizado: tasa de éxito del tratamiento conservador, tiempo de espera hasta la apendicectomía, dificultad técnica y complicaciones.

**Resultados.** Nuestra serie incluye 18 casos. En todos se administró antibioterapia intravenosa y en 13 de ellos, además, se hizo drenaje peritoneal (estancia media de 11,5 días). En 3 pacientes (14%) fué necesario realizar la apendicectomía en la fase aguda (a los 12, 30 y 40 días). En 15 (86%) el manejo conservador funcionó y la apendicectomía se realizó transcurridos entre 3 y 12 meses (media: 6,6 meses); cuatro por abordaje abierto y once mediante laparoscopia (siendo necesario reconvertirla en 2 casos). La estancia media fue de 1,8 días, con sólo una complicación (absceso de pared). De los 15 casos, en 11 la intervención fue sencilla (no adherencias o leves) y el tiempo medio de espera 5,6 meses (rango 3-6). En 4 casos había muchas adherencias, la intervención fue difícil y la espera media, de 10,2 meses (rango 9-12).

**Conclusiones.** El manejo conservador es una opción eficaz de tratamiento para el plastrón apendicular, con una tasa de éxito del 86% en nuestra serie. Según nuestra experiencia

la apendicectomía resulta más sencilla cuando se hace entre 3-6 meses.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Análisis de la decisión médica en el dolor abdominal sugerente de apendicitis aguda.** Díaz Moreno E, García Gómez M, Castejón Casado J, Licerías Licerías E, Martín Cano F, Muñoz Miguelsanz MA. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** Aplicación del Teorema de Bayes al estudio de la utilidad de las pruebas complementarias cuantitativas, y valoración cualitativa de la eficacia del diagnóstico ecográfico, con objeto de dotar al clínico de una herramienta para evaluar con exactitud la efectividad de dichas pruebas en el diagnóstico del dolor abdominal susceptible de cuadro apendicular.

**Material y métodos.** Cohorte retrospectiva de 184 pacientes atendidos desde enero 2009 a junio 2010 por dolor abdominal sugestivo de abdomen agudo, de los que 145 fueron intervenidos. Se fijaron como variables predictoras de enfermedad apendicular la exploración abdominal, la ecografía y los valores plasmáticos de PCR y leucocitos. La metodología estadística se desarrolló según la sistemática bayesiana, previa determinación de curva ROC, para pruebas cuantitativas. La utilidad del diagnóstico ecográfico se estimó mediante test Chi cuadrado.

**Resultados.** El análisis ROC fijó los puntos de corte de las pruebas cuantitativas en valores de leucocitos >12.800 y PCR >1,8 mg/dL. La aplicación del modelo al conteo leucocitario aumentó la certidumbre clínica de esta prueba en 11,3 puntos y de la PCR en 13,9. El uso combinado de ambas subió este índice en 20 puntos. La eficacia del método ecográfico arrojó un valor estadísticamente significativo del 78%.

**Conclusiones.** Estos resultados ponen en entredicho al utilidad de la determinación rutinaria de leucocitos y PCR en el diagnóstico del cuadro estudiado. La asociación de ambos muestra mayor significación. La utilidad diagnóstica de la ecografía nos hace aconsejar su práctica como método de elección inicial, debiendo recurrirse a los anteriores sólo cuando ésta no es definitiva.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Cirugía de alta resolución: un paso más en la cirugía ambulatoria.** Medrano Méndez L (a), López Álvarez-Buhilla P (a), Torres Piedra C (a), Azpeitia Palomo A (a), Ferreiro González I (b), Olaizola Mendibil A (c). (a)Servicio de Cirugía Infantil, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia. (b)Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia. (c)Dirección Médica, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia.

**Objetivos.** La cirugía de alta resolución (CAR) es un avance más de la cirugía ambulatoria. Esta forma de trabajo logra

simplificar la cirugía ambulatoria, consiguiendo una mayor satisfacción por parte del paciente y una optimización de los recursos sanitarios.

**Material y métodos.** La CAR se define por la realización de la evaluación preoperatoria y la subsiguiente intervención quirúrgica en una única visita hospitalaria. Este nuevo plan de trabajo permite pasar de 4 visitas hospitalarias en la cirugía ambulatoria habitual, a una única visita. El pediatra de atención primaria (PAP) en el centro de salud realiza el diagnóstico y la evaluación postoperatoria. Es esencial una estrecha relación entre el cirujano y el PAP así como la formación de un equipo multidisciplinar integrado por cirujanos, anestesistas y enfermería. Anualmente se realiza una autoevaluación, se publican los resultados de las encuestas de calidad obtenidas y se identifican áreas de mejora, siguiendo el modelo EFQM.

**Resultados.** Presentamos una serie con 416 pacientes intervenidos mediante este sistema, desde 2008. Las intervenciones que se realizan son cirugía de pared abdominal, cirugía genital y cirugía de piel y partes blandas. La valoración global de la asistencia recibida por parte de los familiares es satisfactoria en un 99%. La tasa de complicaciones es <3%.

**Conclusiones.** La CAR es un avance más de la cirugía ambulatoria y constituye un programa muy consolidado, en continuo crecimiento y constante mejora

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Testículo no palpable: laparoscopia o inguinotomía.** Ayuso Velasco R, Santamaría Ossorio JI, Amat Valero S. *Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Materno Infantil. Badajoz. SES.*

**Objetivos.** El testículo no palpable (TNP) hace referencia a la imposibilidad de objetivar el teste mediante maniobras exploratorias. Este grupo se ha beneficiado del abordaje laparoscópico ya que anteriormente estos pacientes podían requerir incluso una laparotomía. El tratamiento definitivo del TNP depende de los hallazgos laparoscópicos, estando en controversia la resolución en uno o dos tiempos. El objetivo es valorar la incidencia y los resultados tras la aplicación de la laparoscopia para el tratamiento del TNP en nuestro Servicio.

**Material y métodos.** Se analizan los casos de TNP entre 2000-2009. Se registra la edad de intervención, lateralidad, hallazgos operatorios, tratamiento realizado y tamaño de los testículos en los casos operados en dos tiempos.

**Resultados.** Se revisan 58 niños (edad media 43,7 meses), un total de 60 testículos. 31 casos son izquierdos (53,4%), 25 derechos (43,1%) y 2 bilaterales (3,5%). 32 niños con atrofia testicular, 10 se desciende en dos tiempos, 8 el teste está junto al orificio inguinal interno y se desciende en un tiempo, 5 está en el canal inguinal y 3 está tan alto que se decide orquiectomía. De los operados en dos tiempos sobreviven 8 testículos y al cabo de 6 meses, 7 presentan un tamaño normal.

**Conclusiones.** La laparoscopia es muy eficaz para diagnosticar y tratar el TNP, sin embargo, todavía se discute el rea-

lizar la inguinotomía previa a ésta. Tampoco hay consenso, para determinadas localizaciones, en descender el testículo en 1 o en 2 tiempos y si se tiene que descender por laparoscopia o mediante inguinotomía.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

## COMUNICACIONES ORALES 2 SALA ROSSINI

- **Pieloplastia Anderson-Hynes en menores de 2 años. ¿Es la laparoscopia la técnica de elección?** García-Aparicio L<sup>1</sup>, Palazon P, Krauel L, Tarrado X, García-Núñez B, Martín O, Rodo J<sup>1</sup>, Ribó JM. *Unitat d'Urologia Pediàtrica1. Servei de Cirurgia Pediàtrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

**Objetivos.** El objetivo es demostrar que la laparoscopia es tan eficaz como la cirugía abierta en el tratamiento de la estenosis pieloureteral en niños menores de 2 años.

**Material y métodos.** Hemos revisado de forma retrospectiva todas las pieloplastias realizadas en menores de 2 años entre 2007 y 2010. Se han dividido en dos grupos: pieloplastia abierta (PA) y pieloplastia laparoscópica (PLap). Se han analizado los siguientes datos: peso, diámetro de la pelvis renal y de los cálices pre y postoperatorios, tiempos quirúrgicos, estancia media y complicaciones.

**Resultados.** En este periodo de tiempo 35 pacientes han sido operados mediante cirugía abierta y 13 mediante laparoscopia. No han existido diferencias significativas ni en el peso medio, ni en los diámetros de la pelvis renal y de los cálices preoperatorios. El tiempo quirúrgico medio en el grupo PA y PLap han sido de 125,8 ( $\pm 3,4$ ) minutos y 177,3 ( $\pm 27$ ) minutos, respectivamente ( $p < 0,05$ ). La estancia media en el grupo PA y PLap ha sido de 6,2 ( $\pm 1,4$ ) días y de 4,1 ( $\pm 1$ ) días, respectivamente ( $p < 0,05$ ). Existe una restenosis en un paciente afecto de riñón en herradura en el grupo de Plap aunque no es estadísticamente significativa  $p = 0,271$ . Los parámetros ecográficos postquirúrgicos muestran una buena evolución de la hidronefrosis en ambos grupos, sin haber diferencias significativas  $p > 0,05$  entre el grupo PA y PLap.

**Conclusiones.** Este estudio sugiere que la pieloplastia laparoscópica en niños menores de 2 años es una tan técnica eficaz como la cirugía abierta. El único inconveniente es el mayor tiempo quirúrgico, que irá disminuyendo con la experiencia.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Pieloplastia laparoscópica en la edad pediátrica. Nuestra experiencia.** Fuentes Carretero S, Cabezalí Barbancho D, Gómez Fraile A, López Vázquez F, Aransay Bramtot A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es presentar la serie de pacientes intervenidos mediante este abordaje en nuestro centro y cómo pequeñas variaciones en la técnica nos han permitido mejorar los resultados.

**Material y métodos.** Se han revisado retrospectivamente las historias de los pacientes sometidos a pieloplastia laparoscópica. Los criterios de inclusión fueron pacientes con estenosis de la unión piloureteral (EPU) de más de 6 meses de edad. Se han diferenciado los primeros 8 casos realizados y se han comparado con los 5 últimos tras la introducción de modificaciones técnicas fundamentalmente la colocación de cateter doble J exteriorizado en las últimas.

**Resultados.** Se han intervenido un total de 13 pacientes 8 niños y 5 niñas. La estenosis pieloureteral fue derecha en 3 casos (23%) e izquierda en 10 (77%). El abordaje fue transmesocólico en 2 casos y laterocólico en 11. El tiempo quirúrgico medio fue de 164 minutos en las 8 primeras y 142 en las 5 últimas. En la evolución se presentaron complicaciones en 3 casos de los 8 iniciales, dos migraciones del cateter doble J y una infección. En las 5 últimas se dio un caso de sangrado por discrasia sanguínea no conocida.

**Conclusiones.** El abordaje laparoscópico es una opción efectiva con buenos resultados iniciales equiparables a los de la cirugía abierta a pesar de un mayor tiempo quirúrgico. La aplicación de este abordaje y la experiencia permiten la mejora en detalles del procedimiento como la colocación del cateter doble J exteriorizado que disminuyen la tasa de complicaciones y el tiempo quirúrgico.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Procedimientos endourológicos pediátricos.** González Piñera J, Fernández Córdoba MS, Argumosa Salazar Y, Marijuán Sahuquillo V, Hernández Anselmi E, Vidal Company A. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** Las técnicas endourológicas permiten realizar una gran variedad de tratamientos en la edad pediátrica: ablación de válvulas de uretra posterior, destechamiento de ureteroceles, inserción de catéteres ureterales, tratamiento del reflujo vesicoureteral, etc. Nuestro objetivo es presentar en este vídeo una selección de procedimientos endourológicos realizados en los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Resector neonatal Storz® 8 Ch con asas de diatermia y cuchilletes fríos. Fibro-uretro-cistoscopios compactos Wolf® de 8/9,8 Ch y 10 Ch.

**Resultados.** Caso 1: niño de 7 años en estudio por dolor abdominal recurrente sin clínica urinaria. La ecografía demostró una imagen yuxtaprostática de 0,5 cm. de diámetro. Realizamos la ablación endoscópica de un pólipo fibroepitelial en uretra prostática posterior. Caso 2: Niña de 12 años afecta de encefalopatía neonatal, tetraparesia espástica, agenesia sacra y reflujo vesicoureteral bilateral grado IV, que debuta con retención urinaria por dos litiasis vesi-

cales de gran tamaño que precisaron de vesicotomía para su extracción. Cuatro años más tarde presenta recidiva de la litiasis, tratándose con litotricia endoscópica con láser Holmium. Caso 3: niño de 11 años con hipercalciuria idiopática y litiasis ureteral izquierda distal. Extracción mediante balón de Fogarty 3 Ch. Caso 4: niña de 5 años afecta de litiasis ureteral distal en el contexto de hematuria macroscópica no glomerular. Realizamos dilatación meatal ureteral, ureteroscopia y extracción del cálculo con cesta de Dormia.

**Conclusiones.** La cirugía endourológica adquiere mayor importancia en nuestra especialidad gracias a la miniaturización de los materiales, los avances tecnológicos y el aprendizaje de procedimientos reservados hasta hace poco al adulto.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Tratamiento del reflujo vesico ureteral, cuándo y por qué?** Moreno A, Asensio M, Molino JA, Piró C, Martín JA, Royo G. *Hospital Vall d'Hebron*.

**Objetivos.** Los nuevos conceptos sobre el papel del reflujo en la patología renal han hecho descender las indicaciones quirúrgicas en este. Queremos valorar la necesidad real de tratamiento quirúrgico y las ventajas del mismo.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes con RVU que recibieron tratamiento quirúrgico entre 2003 y 2007. Las pruebas utilizadas para el diagnóstico y valoración renal fueron la ecografía, la cistografía y renograma. Se han analizado datos referentes al diagnóstico, sintomatología, ingresos, motivo y tipo de tratamiento, complicaciones y recidiva.

**Resultados.** Se identificaron 78 pacientes con reflujo de alto grado (61,5% niñas) con una media de edad al diagnóstico de 20,9 meses (rango 10 días-11 años) y al tratamiento de 5,6 años (rango 23 m-12,25 años). El 90% de los casos tuvieron clínica al diagnóstico (38,5% pielonefritis; 48,7% ITU) y 68% durante el seguimiento, con 1,55 ingresos/paciente. El 69,3% de los tratamientos se indicaron por persistencia de la clínica y/o lesión renal. Se realizaron 102 inyecciones de copolímero y 23 reimplantaciones con un éxito del 74,1%. Después del tratamiento, un 15,3% presentó sintomatología, con una disminución de los ingresos a 0,09/paciente y una disminución de casos de ITU ( $P < 0,05$ ).

**Conclusiones.** Tanto la reimplantación ureteral como la inyección de copolímero de ácido hialurónico son tratamientos efectivos para el RVU con una baja tasa de complicaciones y mejora de la calidad de vida del paciente (menores infecciones, menos ingresos y sin tratamiento profiláctico). En nuestra experiencia creemos que en casos seleccionados el tratamiento quirúrgico tiene un papel fundamental para la prevención de lesión renal recomendando como primera elección el tratamiento endoscópico.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Estudio experimental comparativo del tratamiento laparoscópico de la dilatación del tracto urinario superior en modelo animal.** Soria F, Morcillo E, Martín C, Rioja LA, Pamplona M, García-Peñalver C, López de Alda A, Sánchez Margallo FM. *Centro de cirugía de mínima invasión Jesús Usón. Cáceres*.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es la comparación entre dos técnicas empleadas para la anastomosis del uréter a una nueva localización en la vejiga (reflujo vesicoureteral, megauréter, estenosis yuxtavesicales, etc.).

**Material y métodos.** Empleamos 20 animales de la sp. porcina. El estudio se divide en, Fase I, los animales fueron sometidos a un modelo de uropatía obstructiva yuxtavesical. Fase II, transcurridas 3 semanas se realiza el diagnóstico (ureteropielografía retrógrada (UPR), urografía excretora (UE) y ultrasonografía percutánea) y su posterior tratamiento. Distribuyendo aleatoriamente a los animales en 2 grupos homogéneos:

- Grupo I. Ureteroneocistostomía extravesical laparoscópica.
- Grupo II. Ureteroneocistostomía intravesical laparoscópica.

Durante la realización del tratamiento laparoscópico se determina el tiempo quirúrgico en ambas técnicas. La valoración final del estudio se realiza transcurridos 6 meses del tratamiento mediante UPR, UE y ultrasonografía (Fase III). El éxito del tratamiento se evalúa mediante la valoración nefrosonográfica, fluoroscopia de contraste y la UE.

**Resultados.** El porcentaje de éxito tras el tratamiento en el Grupo I es de un 90% y en el Grupo II de un 95%. Los grupos comparados presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto al tiempo medio de intervención, mayor en el Grupo II. Ninguno de los 20 animales mostró reflujo vesicoureteral. No se encontraron diferencias respecto al estudio macroscópico de la zona de anastomosis.

**Conclusiones.** El abordaje laparoscópico presenta una alta eficacia para la realización la anastomosis ureterovesical con sistema antirreflujo. La técnica extravesical conlleva menor tiempo quirúrgico y menor dificultad. Por lo que debería ser de elección para la realización de la ureteroneocistostomía mediante abordaje laparoscópico.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Sección espermática con preservación linfática mediante linfografía previa y puerto único en el varicocele del adolescente.** Pérez Martínez A, Pisón Chacón J, Ayuso González L, Abadía Forcén T\*, Martínez Bermejo MA. *Servicios de Cirugía Pediátrica y General \*del Complejo Hospitalario de Navarra*.

**Objetivos.** En nuestra serie de pacientes afectados de varicocele tratados mediante sección espermática laparoscópica, tenemos un 27% de linfoceles residuales. La preservación de los

vasos linfáticos que drenan el espacio vaginal evita este problema. La técnica quirúrgica puede parecer tediosa o compleja.

**Material y métodos.** Describimos, mediante este vídeo, la técnica que utilizamos para seccionar los vasos espermáticos (venas y arteria) conservando los linfáticos que se tiñen previamente mediante una linfografía escrotal con colorante (azul patente). La cirugía laparoscópica se realiza mediante puerto único umbilical con un dispositivo comercial de 3 trócares de 5 mm y pincería curva.

**Resultados.** Tratamos a 5 enfermos con edad media de 13.2 años. En 4 de ellos se había realizado una embolización percutánea previa que no había sido resolutive.

Siguieron controles postquirúrgicos durante una media de 2,5 meses sin que apareciera linfocele en ninguno de ellos. No se perdió ningún testículo, no hubo ninguna conversión a laparoscopia convencional o laparotomía, ni sufrimos ningún otro tipo de complicación. La duración media de la intervención fue de 52 minutos.

**Conclusiones.** La técnica que presentamos es factible, eficaz incluso en enfermos con embolizaciones previas y nos ofrece buenos resultados funcionales y estéticos. De momento y mientras no adquiramos soltura con la técnica SILS, duplica el tiempo quirúrgico de la laparoscopia convencional.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Hipospadias severos con chorda: nueva técnica de corrección mediante alargamiento de la placa uretral con flap único lateral y Onlay con doble island flap.** García Palacios M, País Piñeiro E, Gómez Veiras J, García González M, Marco Martín C, Dargallo Carbonell T, Somoza Argibay I, Gómez Tellado M, Caramés Bouzán J, Vela Nieto D. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Objetivos.** La corrección de la chorda en el hipospadias severo normalmente implica la excisión de la placa uretral para conseguir un adecuado enderezamiento y alargamiento peneano. En la actualidad se observa una evolución en las técnicas hacia la conservación de la placa uretral. Presentamos los primeros resultados de una nueva técnica en un único procedimiento para obtener un pene enderezado y alargado conservando la placa uretral.

**Material y métodos.** Desde diciembre 2003 a enero 2011, se operaron 12 niños con un hipospadias primario moderado o severo con chorda tratados mediante uretroplastia en un solo tiempo. Resecamos el tejido fibroso ventral y después el defecto resultante se cubre una nueva placa uretral consiguiendo el enderezamiento peneano. La cara ventral de la neouretra se realiza con el prepucio peneano con un onlay y doble island flap.

**Resultados.** El tiempo medio de seguimiento fue de 4,2 años (Rango de 0,6 a 6,8. Se desarrollaron 5 complicaciones posoperatorias, fistula uretrocutánea en 3 pacientes (25%) y 2 retracciones meatales ligeras (16,6%). No existió curvatura residual o uretral en nuestra serie y no ha habido ninguna estenosis uretral en el postoperatorio.

**Conclusiones.** Opinamos que el alargamiento de la placa uretral con Onlay y doble island flap podría ser un adecuado procedimiento en casos de hipospadias primarios con una severa incurvación. Esta técnica consigue un alargamiento y enderezamiento peneano satisfactorio y excelentes resultados estéticos con una tasa de complicaciones muy aceptable para corregir el hipospadias en un solo tiempo quirúrgico.

- **Empleo matriz de colágeno en hipospadias como alternativa al colgajo de dartos.** Chamorro Juárez MR, Aguilera Neuenschwander J, N García Soldevila, Martínez del Castillo ML, Ruiz Catena MJ, Galiano Duro E. *Hospital Materno Infantil, Málaga*

**Objetivos.** Disminuir la incidencia de fístulas uretrales en cirugía de hipospadias mediante el empleo de implante de matriz de colágeno como sustituto al colgajo de Dartos.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes con hipospadias y secuelas de hipospadias, en los cuales se ha empleado matriz de colágeno acelular de pericardio bovino como sustituto del colgajo vascularizado de Dartos. El material se utilizó como parche sobre la neouretra creada en la primera intervención quirúrgica; así como en pacientes reintervenidos por presentar fístula uretral sobre la sutura uretral.

**Resultados.** El empleo de este material sobre la neouretra, disminuye el riesgo de fístulas, al no ser necesario la utilización de un colgajo de Dartos, el riesgo de necrosis y hematoma del prepucio es menor.

**Conclusiones.** El uso de material biológico en cirugía reconstructiva es una práctica común en los últimos años. El pericardio bovino acelular tiene unas características similares a la dermis humana. Entre las ventajas de este material, en la cirugía del hipospadias destacan su fácil utilización, el no provocar respuesta a cuerpo extraño en el organismo, preservar la vascularización del prepucio y disponer de un método alternativo a la utilización del colgajo de Dartos.

Es necesario un seguimiento a largo plazo para confirmar los resultados iniciales satisfactorios que se están obteniendo.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Sondas biodegradables para la prevención de las fístulas de hipospadias. Estudio preliminar experimental.** Ramos JC<sup>1</sup>, Aldazábal P<sup>2</sup>, Zuza E<sup>3</sup>, Sarasua JR<sup>3</sup>, Arrieta A<sup>2</sup>, Villanueva A<sup>1</sup>, Eizaguirre I<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Unidad Experimental. Hospital Donostia, San Sebastián. <sup>3</sup>Universidad del País Vasco, ETS de Ingeniería de Bilbao. Hospital Donostia, San Sebastián, ETS de Ingeniería de Bilbao.

**Objetivos.** Las continuas innovaciones técnicas no acaban de solucionar la alta incidencia de fístulas tras la reparación del hipospadias. Una sonda-tutor uretral hecha de un biomaterial polimérico reabsorbible (BPR) que pudiera dejarse *in situ* el tiempo suficiente podría disminuir las complicaciones.

El objetivo del estudio es investigar en un modelo animal diferentes BPR para su uso en urología.

**Material y métodos.** Ratas Wistar macho (N=45) divididas en 5 grupos en función de los polímeros empleados: poliláctida (PLLA); copolímero láctico-caprolactona (PLCL); copolímero láctico-glicólico (PLGA); simulado (SHAM); control de silicona (SIL). Se sacrificaron 3 individuos por grupo a las 4, 10 y 16 sem.

A todos los animales (excepto el grupo SHAM) se les insertó por laparotomía el material, que se fijó a la pared vesical. Los animales permanecieron en alojamiento individual, control diario de hematuria y control semanal de peso y de orina para pH y lactato.

Al sacrificio, se recogió el material remanente para estudio químico y tejido vesical para valoración histológica.

**Resultados.** No hubo mortalidad, hematuria ni otros signos clínicos. La pared vesical presentó una leve reacción a cuerpo extraño. Los valores de lactato y de ph en orina no alcanzaron niveles tóxicos.

EL PLGA se reabsorbió totalmente a la 10ª semana y PLLA y PLCL permanecieron íntegros. El PLLA tuvo alto grado de calcificaciones a partir de la 16ª semana.

**Conclusiones.** Este modelo ha demostrado su utilidad para el estudio de la degradación de BPR's. Los polímeros estudiados tardan demasiado tiempo en reabsorberse por lo que habrá que investigar nuevos compuestos.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Urosonografía miccional: una nueva técnica de imagen para el estudio de la patología obstructiva uretral.** Brun N, Duran C, Rigol S, Sánchez B, Fanjul M, San Vicente B, Obiols P, Bardají C. *Corporació sanitària Parc Taulí.*

**Objetivos.** Mostrar los cambios ecográficos característicos de la patología uretral obstructiva más frecuente en el niño.

**Material y métodos.** Desde octubre de 2005 hasta abril 2010, se realizaron 1.017 exámenes con contraste (450 niños). Para llevar a cabo Urosonografía miccional (UM) se utilizó un modo específico de imagen armónica y se administró un contraste basado en micro partículas de galactosa estabilizadas con ácido palmítico.

**Resultados.** Hemos encontrado ocho casos. De éstos, 6 fueron diagnosticados de válvulas de uretra posterior (VUP), uno de ellos se trataba de válvulas asociadas a Síndrome de prune belly, los 5 restantes tenían antecedente prenatal de oligohidramnios e hidronefrosis y la UM demostró una dilatación de la uretra posterior y alteración morfológica de la pared vesical.

Un niño de 7 años de edad con dificultad miccional la UM se observó un cambio abrupto del calibre de la uretra bulbar distal con un defecto a lo largo de la pared ventral. El último paciente de 15 años con historia de retenciones urinarias la UM demostró un amplio segmento estenótico a nivel de la uretra bulbar.

Todos estos resultados fueron confirmados con CUMS y cirugía, excepto el paciente con síndrome de prune-belly que se remitió a otro centro.

El reflujo vesicoureteral se detectó en 4 de los 6 pacientes con VUP. En dos pacientes fue bilateral y en los restantes unilateral.

**Conclusiones.** UM puede ser considerada la alternativa a la CUMS para el screening y diagnóstico del RVU y de la patología uretral obstructiva pudiéndose evitar la irradiación del paciente.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Uroterapia en el tratamiento de la incontinencia diurna en la edad pediátrica.** Fuentes Carretero S, Maruszewski P, Cabezalí Barbancho D, López Vázquez F, Aransay Bramtot A, Gómez Fraile A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es presentar nuestros resultados en el abordaje de la incontinencia diurna refractaria al tratamiento médico mediante uroterapia

**Material y métodos.** Se han revisado retrospectivamente las historias de los niños sometidos a este tipo de tratamiento en nuestro centro. Los criterios de inclusión fueron niños con incontinencia diurna refractarios al tratamiento farmacológico, incontinencia de la risa, vejiga hipoactiva y niños en los que se evidenció hiperactividad del detrusor y/o disinergia detrusor-esfínter. Se realizaron intervenciones informativas y biofeedback urinario no invasivo.

**Resultados.** 14 pacientes fueron tratados de los que se completó el seguimiento en 12 de ellos (85,7%) con una media de 8,5 años. Todos ellos habían recibido tratamiento médico previo durante al menos dos años sin mejoría o con respuesta parcial. La indicación más frecuente fue la incontinencia con hiperactividad del detrusor (58,33%). La media de sesiones fue de 8,5. Los resultados fueron satisfactorios en 83,3% con desaparición de los síntomas en 8 pacientes sin tratamiento médico asociado y 2 más con tratamiento asociado para la enuresis nocturna. Sólo dos pacientes no presentaron mejoría.

**Conclusiones.** La uroterapia es una parte importante del abordaje de la disfunción del tracto urinario inferior en la edad pediátrica. Cabe destacar la importancia de la correcta selección de pacientes y la aplicación adecuada de las diferentes intervenciones, entre las que el biofeedback con imágenes animadas juega un papel fundamental.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Seguimiento a largo plazo de la función vesical, fertilidad y función sexual en pacientes con válvulas de uretra posterior (VUP) tratadas en la infancia.** Miguel M<sup>1</sup>, López Pereira P<sup>1</sup>, León G<sup>2</sup>, Iriarte M<sup>2</sup>, Muñoz A<sup>2</sup>, Martínez Urrutia MJ<sup>1</sup>, Lobato R<sup>1</sup>, Jaureguizar E<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Urología Infantil, Departamento de Cirugía Pediátrica. <sup>2</sup>Laboratorio de Andrología. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Objetivos.** Hasta la fecha, poco se conoce sobre la función sexual y la fertilidad en pacientes con VUP.

**Material y métodos.** De los 47 pacientes (>18 años) tratados en la infancia de VUP en nuestro Hospital, contactamos con 28. Enviamos un cuestionario estándar a todos con preguntas específicas sobre síntomas de disfunción vesical, erecciones, orgasmos y detalles de la eyaculación. Se les solicitaron muestras de orina y semen.

**Resultados.** De los 28 pacientes, 16 (18-35 años, mediana 24a) completaron el cuestionario. Respecto a la función vesical, la frecuencia de micciones oscilaba entre 3-10 veces/día (mediana: 5 veces). Tres pacientes realizaban más de 7 micciones/día y 6 tenían que realizar una micción nocturna (4 pacientes en ocasiones). Cuatro pacientes referían tener un chorro miccional débil. En los últimos 5 años ningún paciente ha presentado orquiepididimitis y sólo uno refiere una ITU. Sólo 2 pacientes presentaban en ocasiones incontinencia diurna moderada pero ninguno tenía síntomas de hiperactividad vesical. Un paciente con IRC no respondió a las preguntas sobre función sexual; en otros 15 las erecciones y orgasmos fueron normales y dos referían eyaculaciones “lentas”(1 en diálisis). Se recogieron muestras de semen y orina en 6. Un paciente ha sido padre. Ocho paciente tienen FR normal, 4 tienen un FG<80 ml/min/1,72 m<sup>2</sup> y 3 han recibido un trasplante renal (1 está actualmente en diálisis).

**Conclusiones.** En el seguimiento a largo plazo, el 50% de los pacientes con VUP desarrollaron IRC o IRT pero los síntomas de disfunción vesical no son frecuentes. La función sexual es normal y la eyaculación “lenta” es infrecuente.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Factores de riesgo para desarrollar insuficiencia renal crónica en pacientes afectados de válvulas de uretra posterior: estudio de casos y controles.** Martín O, Palazón P, García Núñez B, Manzanares A, García Aparicio L, Rodó J. *Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

**Objetivos.** Estudiar qué variables se asocian a un mayor riesgo de desarrollar insuficiencia renal crónica (IRC) en una muestra de pacientes afectados de válvulas de uretra posterior (VUP).

**Material y métodos.** Se recogieron todos los pacientes tratados de VUP en nuestro centro entre 1990 y 2010. De los 55 pacientes, un 18% desarrollaron IRC (10 casos). De estos, se excluyeron 4 casos por registro insuficiente. Se tomaron aleatoriamente 2 controles no afectados de IRC por cada caso. Se realizó un estudio de casos y controles, analizando las siguientes variables: creatinina sérica al momento del diagnóstico, RVU de alto grado (IV-V), necesidad de reimplante ureteral o tratamiento endoscópico del reflujo, edad al tratamiento y disfunción vesical.

**Resultados.** La media de creatinina en los casos fue 2,2 mg/dl, y en los controles 0,51 mg/dl (p=0,001). El RVU bilateral fue más frecuente en los casos (OR=10; IC 1,03-97,5). El

RVU unilateral fue menos frecuente en los casos, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas (OR=0,7; IC 0,09-5,43). La necesidad de reimplante ureteral o tratamiento endoscópico del reflujo fue mayor en los casos (OR=2,5; IC 1,17-5,34). Ni la edad al tratamiento (p=0,503) ni la disfunción vesical (OR=2,2; IC 0,11-42,74) fueron variables con significación estadística.

**Conclusiones.** La creatinina, el RVU bilateral, y la necesidad de reimplante ureteral o tratamiento endoscópico del reflujo fueron variables asociadas a un mayor riesgo de desarrollar IRC. Sería necesaria una muestra mayor para demostrar la asociación de disfunción vesical con IRC o un posible efecto protector sobre la función renal del RVU unilateral.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

### COMUNICACIONES ORALES 3 SALA VERDI

- **Modificación a la técnica de oclusión endoscópica de la fístula traqueoesofágica recurrente.** Ayuso González L, Pisón Chacón J, Pérez Martínez A, González Temprano N, Martínez Bermejo MA. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

**Objetivos.** Desde su descripción, la oclusión endoscópica representa la primera opción terapéutica para la fístula tráqueoesofágica recurrente. En los últimos años se han desarrollado diversas técnicas y empleado diferentes sustancias para este procedimiento, con tasas variables de éxito. En este vídeo presentamos nuestra experiencia con un material habitualmente empleado en el campo de la urología y los detalles de la técnica que realizamos actualmente.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un paciente de 10 años intervenido de atresia de esófago en el periodo neonatal, al que a los 2 años se le detecta recidiva de la fístula tráqueoesofágica que se interviene por retorcotomía. A los 5 años presenta una segunda recidiva. Tras fracasar con un primer tratamiento endoscópico empleando adhesivo de fibrina, llevamos a cabo un nuevo intento de oclusión, esta vez mediante inyección submucosa de copolímero de dextranmero en ácido hialurónico, previa cauterización del trayecto. Efectuamos esofagoscopia flexible de forma simultánea, lo que nos ofrece un mayor control del procedimiento.

**Resultados.** Los controles a los 6 meses son normales. No se han producido complicaciones. Destacamos la visión a ambos lados de la fístula que ofrece la esofagoscopia simultánea, útil para conocer longitud y calibre fistuloso, y así planear mejor el procedimiento. La inyección submucosa elimina la posibilidad de migración o aspiración del material.

**Conclusiones.** De las numerosas técnicas endoscópicas descritas, ninguna ha demostrado ser superior. En nuestro caso estamos satisfechos con esta técnica y aunque somos conscientes de que podría ser un tratamiento temporal, pue-

de ser útil en enfermos que rechazan una nueva toracotomía.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Vólvulo intestinal en el período neonatal: 8 años de experiencia en un hospital pediátrico terciario.** Vaz Silva A, Freitas F, Knoblich M, Borges C, Neto MT, Serelha M, Casella P. *Hospital D. Estefania, Centro Hospitalar de Lisboa Central.*

**Objetivos.** Análisis de casos de vólvulo intestinal en el período neonatal en los últimos 8 años (2002-2010).

**Material y métodos.** Se estudiaron recién-nacidos (RN) ingresados en la UCIN, con diagnóstico de vólvulo intestinal. Parámetros estudiados: edad gestacional y de presentación de síntomas, peso al nacer, presentación clínica y imagiológica, intervención quirúrgica y resultados.

**Resultados.** Se identificaron 15 pacientes, siete en el último año de estudio. Siete RN fueron prematuros o ex-prematuros. La mediana del peso al nacer fue 2.665 g (660-3.900), cuatro eran de muy bajo peso. La mediana de inicio de síntomas fue de siete días de vida; cinco RN iniciaron síntomas en las primeras 24 horas de vida, en tres de ellos, el vólvulo se produjo en el útero. Signos y síntomas: distensión abdominal-12; residuo gástrico bilioso-11; cambios en la pared abdominal-5; sangre en heces-4; inestabilidad hemodinámica-6. Imágenes: gran distensión de las asas intestinales sin aire ectópico-10; ausencia de aire en el abdomen-4; estudio contrastado del tubo digestivo proximal sugestivo de malrotación y vólvulo intestinal-3; ecografía abdominal y señal Doppler con "Whirlpool"-2. Todos fueron operados de emergencia y el vólvulo se confirmó intraoperatoriamente; hubo resección intestinal en nueve pacientes; tres se quedaron con síndrome de intestino corto; hubo una muerte por fallo multiorgánico en el período postoperatorio.

**Conclusiones.** Se encontró elevado número de casos de vólvulo intestinal en RN prematuros o ex-prematuros, en el útero y en el último año de estudio. Residuo gástrico bilioso y distensión abdominal fueron los síntomas más comunes de vólvulo. Las consecuencias son potencialmente graves.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Manometría anorrectal de alta resolución: un avance técnico que simplifica el manejo del neonato.** de Diego M, Naves J\*, Castellví A, Isnard RM, Blanco JA, Serra J\*. *Servicio de Cirugía Pediátrica, \*Servicio del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.*

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es determinar la utilidad de la manometría anorrectal (MA) de alta resolución en el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung (EH) en neonatos con trastorno de la defecación.

**Material y métodos.** En 8 pacientes de 26 a 37 semanas de gestación, con trastornos de la defecación compatibles con EH se realizó MA (Sierra, Los Angeles, Ca) en la Unidad de Neonatología. Se midió la presión esfinteriana mediante una sonda con 7 sensores circunferenciales separados 0,5 mm. Sin anestesia ni preparación previa se aplicaron distensiones crecientes de 1 ml durante 5 segundos, a intervalos de 1 minuto, con control de la presión intrabalón. Se consideró un reflejo rectoanal inhibitorio (RIA) positivo cuando la presión esfinteriana se redujo más del 20% con recuperación posterior de la presión basal.

**Resultados.** La duración de la MA fue de 14±2 min (rango 9-25 min). Todos los pacientes mostraron RIA positivo (6 en la primera exploración y en 2 se requirió una segunda exploración). En un paciente se realizó biopsia rectal por clínica persistente sugestiva de EH, con RIA presente en la MA. La biopsia confirmó presencia de células ganglionares. Tras 1 año de seguimiento no se ha producido ningún falso negativo.

**Conclusiones.** La MA de alta resolución parece una técnica fiable y rápida, que permite el estudio en la misma Unidad de Neonatología sin dolor, sin anestesia y sin preparación previa del paciente.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Síndrome del colon izquierdo pequeño: revisión de nuestra experiencia.** Amat Valero S, Enríquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R, Núñez Núñez R, Moreno Hurtado C, Blesa Sánchez E. *Hospital Universitario Materno Infantil. Servicio Cirugía Pediátrica. SES. UEX Badajoz. Grupo de investigación en pediatría PAIDOS (CTS019).*

**Objetivos.** El síndrome del colon izquierdo pequeño (SCIP) es, junto a la enfermedad de Hirschsprung y otras disgangliosis intestinales, causa de obstrucción intestinal distal. Su etiopatogenia no está clara. Se asocia con frecuencia a madres diabéticas. Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia con el SCIP.

**Material y métodos.** Se revisan las historias clínicas de los pacientes tratados en nuestro Centro por presentar SCIP.

**Resultados.** De los 11 pacientes, 6 son hombres. 2 son gemelos y otro presenta hermano gemelo sano. 6 son hijos de madre diabética. Edad gestacional: 36,6±2,11 semanas. Peso: 3001±689,72 g. Anomalías asociadas en 2: fetopatía diabética, hemivértebras D11-L2. Todos presentan distensión abdominal y vómitos a las 48,73±45,39 horas de vida. Sólo 3 expulsan meconio en las primeras 24 horas. Los enemas con gastrografín muestran hallazgos típicos de este síndrome. La manometría anorrectal, realizada en 9 pacientes, demuestra ausencia de reflejo inhibitorio del ano (RIA) en 3, con controles posteriores normales. Un paciente es derivado tras realizarse colostomía en su Hospital de referencia. En el resto, tratamiento inicial: nursing y reposo digestivo (6,40±5,10 días). 6 precisaron nutrición parenteral durante 7,30±8,49 días. Alta a los 17,78±13,28 días. Evolución posterior favorable.

**Conclusiones.** El enema con gastrografín es diagnóstico y terapéutico. Junto con nursing, ha permitido resolver la obstrucción intestinal distal en la mayoría de nuestros pacientes. En los neonatos con ausencia de RIA, los controles manométricos permiten conocer la maduración de la función anorrectal (aparición de RIA) lo que nos indica el momento de iniciar la alimentación enteral.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Lesiones neonatales perinatales.** Primelles A, Tirado M, Pérez J, Sánchez F, Argos MD. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.*

**Objetivos.** Las lesiones obstétricas neonatales se producen por la mecánica del feto al pasar por el canal del parto o bien por la manipulación para su extracción con maniobras de tracción y presión. También pueden producirse durante maniobras de reanimación. Tienen una alta morbilidad y suponen la 8ª causa de mortalidad en recién nacidos. El objetivo es revisar nuestra casuística de los últimos 10 años y presentar un caso clínico de desgarro rectovaginal.

**Material y métodos.** Coincidiendo con la literatura, en nuestro centro las lesiones más frecuentes son las óseas (fracturas y desprendimientos epifisarios) y las craneales (cefalohematomas, fracturas y hemorragias subdurales). Existen otras muchas lesiones menos frecuentes y valoradas por diferentes especialistas. Revisamos las lesiones en las que ha intervenido el cirujano pediátrico en los últimos 10 años en nuestro centro.

**Resultados.** Se han recogido un total de 8 lesiones neonatales perinatales, siendo la mayoría de ellas heridas inciso-contusas (5) en cuero cabelludo, pabellón auricular y tórax. Los demás casos afectaban al periné: un desgarro anal, que precisó exploración y sutura en quirófano, y 2 desgarros rectovaginales. Presentamos el caso clínico de uno de ellos: se realizó cierre primario sin complicaciones y acudió a los 9 meses por dehiscencia de sutura. Actualmente, es portadora de colostomía y está pendiente de reparación quirúrgica del periné.

**Conclusiones.** Solo un pequeño porcentaje de las lesiones neonatales perinatales son valoradas por el cirujano pediátrico. Algunas de ellas son graves y pueden tener importantes consecuencias.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Papel de la laparoscopia en prematuros con sospecha de enterocolitis necrotizante.** Corona C, Cañizo C, Cerdá J, Carrera N, Tardáguila A, Zornoza M, Rojo R, Peláez D, García Casillas MA, Molina E, Romero R, Parente A, Rivas S, Angulo JM, González JL. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La indicación quirúrgica en la enterocolitis necrotizante (ECN) puede ser difícil en ausencia de neumope-

ritoneo o peritonitis secundaria. Proponemos la laparoscopia para realizar un diagnóstico precoz de perforaciones o necrosis intestinal y evitar laparotomías “en blanco”.

**Material y métodos.** Se planteó un protocolo diagnóstico-terapéutico que incluyera la laparoscopia en los casos de ECN de indicación quirúrgica incierta. Posteriormente se realizó un estudio prospectivo de los 6 pacientes en los que se realizó laparoscopia, analizando efectos fisiopatológicos en el prematuro, dificultades técnicas del procedimiento, congruencia diagnóstica y evolución postoperatoria.

**Resultados.** La edad gestacional media al nacimiento fue de 28 semanas (rango 25 a 31) con un peso medio en el momento de la intervención de 1,260 kg (rango 0,900 a 1,600) Se colocaron dos trócares orientados según la focalidad de la exploración o la radiología, aplicando un neumoperitoneo de 6-9 mmHg durante una media de 17 min. La laparoscopia evitó la laparotomía en un paciente, que evolucionó bien tras lavado y drenaje; y magnificó las lesiones en otro paciente, que tras la laparotomía no precisó derivación intestinal. En el resto de los casos la laparoscopia permitió una minilaparotomía orientada a las lesiones y derivación intestinal. No se produjo ninguna complicación quirúrgica atribuible al procedimiento, que fue bien tolerado en todos los casos.

**Conclusiones.** La laparoscopia puede ser una herramienta útil para valoración de las lesiones de ECN en los casos de indicación quirúrgica incierta. En nuestra experiencia es bien tolerada en el neonato de bajo peso, permitiendo orientar el tratamiento quirúrgico e incluso evitar la laparotomía.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Papel del drenaje peritoneal en la enterocolitis necrotizante de prematuros críticos de bajo peso extremo.** Zornoza Moreno M, Peláez Mata D, Romero Ruiz R, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo A, Rojo Diez R, Carrera Guermur N, Cañizo López A, Molina Hernando E, García-Casillas Sánchez MA, Cerdá Berrocal J. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** El drenaje peritoneal es una alternativa en el tratamiento de la enterocolitis necrotizante (ECN). Actualmente es controvertido su papel alternativo a la laparotomía en neonatos de bajo peso, y la mortalidad asociada a ambos procedimientos es elevada (35-55%).

**Material y métodos.** Revisamos 30 prematuros de bajo peso extremo (<1.000 g) con ECN tratados quirúrgicamente. Evaluamos la situación hemodinámica, respiratoria y metabólica, afectación multiorgánica y necesidad de inotrópicos. Se analizaron datos previos a la intervención quirúrgica y a las 6 y 12 horas. Dividimos la muestra en dos grupos: drenaje peritoneal (DP) y laparotomía (LAP).

**Resultados.** Peso al nacimiento 754±156 g, edad gestacional 26,1±2,09 semanas. Realizamos 20 laparotomías, 10 drenajes.

El grupo DP presentó previamente a la cirugía mayor frecuencia cardíaca,  $\text{FiO}_2$  y acidosis ( $p < 0,05$ ), y similares necesidades de dopamina ( $p > 0,05$ ). Tras DP se comprobó mejoría respiratoria (adecuada ventilación y oxigenación, descenso de  $\text{FiO}_2$ ) y hemodinámica (tensión arterial mantenida, menor frecuencia cardíaca, menores necesidades de dopamina) a las 6 y 12 h. En ningún paciente DP fue el tratamiento definitivo.

El 80% de los pacientes DP sobrevivieron y se intervinieron posteriormente, falleciendo un 62% de ellos. La mortalidad global fue 47% (70% DP y 35% LAP,  $p = 0,07$ ).

**Conclusiones.** El drenaje peritoneal permite la estabilización de prematuros de bajo peso extremo en situación crítica. La estabilización hemodinámica y respiratoria es transitoria y no evita un tratamiento quirúrgico definitivo, aunque mejora las condiciones para realizarlo. En nuestra serie el drenaje no mejora la supervivencia a largo plazo, lo que cuestiona su papel como alternativa a la cirugía.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Enterocolitis necrotizantes y perforaciones intestinales en prematuros ¿cuál es la mejor opción quirúrgica?** Argumosa Salazar Y, Fernández Córdoba MS, González Piñera J, Hernández Anselmi E, Baquero Cano M, Medina Monzón C, Rubio Ruiz A, Martínez Gutierrez A. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** La Enterocolitis Necrotizante (ECN) y la Perforación Intestinal Aislada (PIA) son frecuentes en recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) y requieren cirugía el 20-40%. Analizamos parámetros clínicos, procedimientos quirúrgicos y supervivencia en menores de 1.500 g intervenidos por estas patologías.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de RNMBP con ECN y PIA intervenidos entre el 2000 y el 2010, dividiendo la muestra en 3 grupos: 1. laparotomía inicial; 2. drenaje peritoneal y laparotomía diferida; 3. drenaje solo.

**Resultados.** De los 487 RNMBP ingresados en nuestro hospital en los últimos 10 años, 25 fueron intervenidos por presentar ECN o PIA (33% de estas patologías). La edad gestacional media fue de 26 + 3 semanas, 14 niñas y 11 niños con peso promedio de 801,4 g (rango: 460 a 1.490 g). El 64% presentó ductus arterioso permeable, recibiendo tratamiento médico el 56% ( $N = 14$ ). Hubo neumoperitoneo radiológico en un 48%. Realizamos laparotomía de entrada en 12 casos (1 éxitus), drenaje más laparotomía en 10 (4 éxitus) y drenaje en 3 (3 éxitus). El promedio de horas entre drenaje y laparotomía fue de 69,6 (rango: 24 a 120). El 68% eran ECN y el 32% PIA. Los casos del grupo 1 tuvieron una mayor supervivencia ( $P = 0,001$ ), siendo la supervivencia global 68%.

**Conclusiones.** La supervivencia de nuestros pacientes con ECN y PIA fue mayor que la descrita en las publicaciones actuales (50%). Los mejores resultados se obtuvieron con la laparotomía de inicio. La selección del procedimiento quirúrgico

óptimo debe basarse en las condiciones clínicas de cada paciente.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Relación entre la transfusión de concentrado de hematíes y la gravedad de la enterocolitis necrotizante en prematuros.** Couselo Jérez M, Aguar Carrasco M, Ibáñez Pradas V, Mangas Alvarez L, García-Sala Viguer C. *Hospital La Fe.*

**Objetivos.** Se ha propuesto que las transfusiones de concentrado de hematíes (TCH) determinan enterocolitis necrotizantes (ECN) más graves. Se pretende investigar si las ECN con antecedente de TCH alcanzan mayor gravedad.

**Material y métodos.** En un estudio retrospectivo de prematuros con ECN se consideraron dos grupos: con antecedente de TCH (grupo A) y sin antecedente de TCH (grupo B). Se consideraron: edad gestacional (EG), peso, apgar, hematocrito y edad en el diagnóstico (DDV), estadio de Bell (EB) mayor durante el curso de la enfermedad y si existió tratamiento quirúrgico. Se compararon ambos grupos: el EB, el tratamiento quirúrgico y las variables cualitativas mediante la prueba exacta de Fisher, y las variables cuantitativas mediante la U de Mann-Whitney.

**Resultados.** Se incluyeron 46 pacientes (28 en el grupo A y 18 en el B). En el grupo A 19/28 alcanzaron un EB II; 9/28 un EB III y 10 necesitaron cirugía. En el grupo B 14/18 pacientes presentaron un EB II; 4/18 un EB III y 3 pacientes fueron operados. No se encontró relación entre la TCH y el EB ( $p = 0,52$ ) ni entre la TCH y la cirugía ( $\text{OR} = 2,7$ ;  $\text{IC } 95\%: 0,64-11,97$ ;  $p = 0,19$ ). El grupo A presentó una menor EG (mediana 26 vs 30;  $U = 28,5$ ;  $p < 0,05$ ), menor peso (803 vs 1.600;  $U = 51$ ;  $p < 0,05$ ), menor hematocrito (33,05 vs 38,6;  $U = 150$ ;  $p < 0,05$ ), mayor DDV (30 vs 7;  $U = 70$ ;  $p < 0,05$ ). No existieron diferencias en el apgar ( $p = 0,22$ ).

**Conclusiones.** Estos resultados no apoyan la hipótesis de una posible relación entre el antecedente de TCH y la gravedad de la ECN.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Indicaciones del tratamiento exutero intraparto (exit) en nuestra serie.** Muñoz M<sup>ª</sup>E, Prat J, Castañón M, Martín O, Gratacós E, Martínez JM<sup>ª</sup>, Rodríguez JM. *Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

**Objetivos.** Presentar las indicaciones de nuestra serie de pacientes sometidos a EXIT. El EXIT fue descrito para asegurar la vía aérea en el parto de fetos con hernia diafragmática congénita (HDC) de mal pronóstico, portadores de oclusión traqueal. Posteriormente se aplicó en otras patologías con compromiso de la vía aérea: obstrucción congénita de vía aérea alta (síndrome CHAOS) o compresión extrínseca por masas cervicales. Últimamente se emplea en casos donde se prevé reani-

mación neonatal compleja: grandes lesiones torácicas y cardíacas y colocación de cánulas de ECMO.

**Material y métodos.** Desde 2006 hasta la actualidad hemos tratado 9 pacientes en EXIT: 5 varones y 4 hembras de edad gestacional comprendida entre 28,2 y 38,3 semanas de gestación con un rango de pesos al nacer de 1.200 a 3.300 g. Las indicaciones fueron las siguientes: 4 HDC portadoras de oclusión traqueal, 2 épulis, 1 linfangioma lingual, 1 hemorragia intrapulmonar y 1 teratoma cervical gigante.

**Resultados.** En las 4 HDC se pudo retirar el balón mediante punción transcutánea de forma satisfactoria y efectuar lavados de la vía aérea con surfactante, como en la hemorragia intrapulmonar. Los 2 épulis se resecaron durante el EXIT. En el linfangioma y el teratoma se manejó la vía aérea sin dificultad con posterior traslado a UCI neonatal para estudio y tratamiento.

**Conclusiones.** El EXIT permite el manejo de pacientes con dificultad respiratoria de manera reglada. Creemos que el diagnóstico prenatal de posible compromiso de vía aérea con dificultad de reanimación neonatal precisa remitir al paciente a un centro especializado con equipo multidisciplinar de EXIT.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Alteración en la expresión de factor de crecimiento endotelial vascular tras oclusión traqueal fetal en un modelo experimental de hernia diafragmática congénita.** Maderuelo Rodríguez E, Peláez Mata DJ, Sanz López E, Chimenti Camacho P, Lorente Rodríguez R, Muñoz Fernández MA, Sánchez Luna M. *Servicios de Pediatría, Cirugía Pediátrica e Inmunología. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** El factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), secretado por los neumocitos tipo II, podría influir en la patogénesis de la hernia diafragmática congénita (HDC). Estudios publicados sugieren que acelera el crecimiento pulmonar en la hipoplasia inducida mediante la administración prenatal de nitrofen.

**Objetivo:** analizar la hipoplasia pulmonar y cuantificar VEGF en pulmones de fetos con HDC inducida por la administración de nitrofen en ratas gestantes y los cambios producidos tras la oclusión traqueal fetal

**Material y métodos.** Ratas Sprague-Dawley gestantes tratadas con nitrofen el día +9 de gestación sin intervención fetal posterior (grupo 1) y con oclusión traqueal fetal el día +20 (grupo 2). Grupo control tratado con placebo (grupo 0). Cesárea el día 21 en todos los casos. Tras pesar a los fetos, se realizó extracción y aislamiento de los pulmones, pesados y congelados para cuantificación posterior de VEGF mediante inmunanálisis.

**Resultados.** El 50% de los fetos de los grupos 1 y 2 desarrollaron HDC, y ninguno del grupo control. Los fetos con HDC tuvieron significativamente menor peso y menor índice

peso pulmón/peso fetal. La cuantificación de VEGF en aquellos con HDC fue menor (2,67 pg/ $\mu$ g) que en el resto (2,97 pg/ $\mu$ g). Observamos una tendencia al aumento en la expresión de VEGF tras la oclusión traqueal.

**Conclusiones.** No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la cuantificación de VEGF pulmonar, aunque observamos una tendencia hacia una menor expresión de esta proteína en fetos con HDC. La oclusión traqueal fetal podría mejorar la expresión de VEGF pulmonar.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

## COMUNICACIONES ORALES 4 SALA ROSSINI

- **Tumores testiculares en niños. Nuestra experiencia.** Delgado L, Cabello R, Aspiazu DA, Valladares JC, Márquez C\*, de Agustín JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Oncología Pediátrica\*. HIU Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Los tumores testiculares más frecuentes son los germinales de naturaleza benigna. Pero no debemos olvidar la necesidad de un diagnóstico y tratamiento adecuado para disminuir la morbi-mortalidad de los tumores malignos.

El objetivo es analizar nuestra experiencia en el tratamiento de los tumores testiculares.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos tratados entre los años 2000-2010, analizando historia clínica, diagnóstico, abordaje y tipo de cirugía, histología, tratamiento quimioterápico y seguimiento.

**Resultados.** 19 pacientes entre 0 y 14 años. El diagnóstico en 18 casos fue por tumoración testicular, confirmado por ecografía, y en 1 por adenopatías retroperitoneales. Se midieron marcadores tumorales previos a la cirugía en 16, con alfafetoproteína elevada en 5 pacientes (yolk-sac), y  $\beta$ gonadotropinacoronica en uno (seminoma). El estudio de extensión (13) evidenció adenopatías retroperitoneales en un caso. El primer abordaje se realizó por vía inguinal en 17 pacientes, en un paciente por vía escrotal-inguinal y en otro por vía escrotal, estos dos casos requirieron una segunda actuación. Realizamos cirugía conservadora en 2 pacientes con diagnóstico intraoperatorio de tumor benigno. Diagnósticos histológicos: 7 rhabdomyosarcomas, 5 yolk-sac, 4 teratomas, 1 seminoma, 1 tumor mixto de cordones sexuales, 1 malformación venosa y 1 displasia quística. Se realizó tratamiento adyuvante en los 11 pacientes, de los cuales 7 están de alta de tratamiento, 3 en tratamiento actualmente, y uno fue éxitus.

**Conclusiones.** Destacamos la importancia de los marcadores tumorales para control postoperatorio, de una vía de abordaje y cirugía adecuadas y del estudio histológico intraoperatorio para realizar cirugía conservadora.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Actitud quirúrgica ante una paciente con teratoma de ovario.** Enríquez Zarabozo E, Blesa Sánchez E, Ayuso Velasco R, Amat Valero S, Cavaco Fernandes R. *Hospital Materno Infantil. SES. UEX. Badajoz.*

**Objetivos.** Ante una niña con sospecha de teratoma ovárico, la actitud quirúrgica puede consistir en: ooforosalinguectomía, ooforectomía o tumorectomía. Dado que un número relativamente alto de pacientes presenta teratoma bilateral metacrónico, la actitud quirúrgica debería ser lo más conservadora posible.

**Material y métodos.** Revisamos las historias clínicas de las pacientes tratadas en nuestro Centro en los últimos años por presentar teratoma de ovario.

**Resultados.** Reclutamos 11 pacientes, con una edad media de 9,36 años (rango 5 - 13) en el momento del diagnóstico. Sintomatología: dolor abdominal en 9 (acompañado en dos de ellas de aumento del perímetro abdominal), tumoración abdominal palpable asintomática en 1, hallazgo casual en ecografía abdominal en la última. Se realiza radiografía y ecografía abdominal en todas las pacientes, además de TAC en 3 y RMN en 2. De los diversos marcadores tumorales realizados, sólo en una paciente se observa elevación del CA-125. Intervención: ooforectomía en 10, incluyendo trompa en 4. Tumorectomía en 1. Estudio anatomopatológico: 10 teratomas quísticos maduros, 1 teratoma inmaduro grado 3 con gliomatosis madura epiploica grado 0. Tamaño medio lesiones 9,8 cm (rango 1,2 - 22 cm). Controles posteriores normales salvo aparición de lesión en ovario contralateral en 1 paciente a los 5 años, realizándose tumorectomía (teratoma quístico maduro).

**Conclusiones.** Consideramos indicada la tumorectomía con preservación ovárica en pacientes con hallazgos clínicos, analíticos y de imagen sugestivos de benignidad, siempre que en ellos haya ausencia de necrosis y existencia de tejido ovárico sano. Sólo en caso de alteraciones analíticas, aspecto de malignidad o necrosis, consideramos indicada la ooforosalinguectomía.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Abordaje quirúrgico de una malformación linfática periorbitaria.** Tuduri Limousin I, Acedo Ruiz JA, Fortís Sánchez E, Rodríguez Ruiz JA, Alonso Jiménez L. *Hospital Universitario Puerta del Mar.*

**Objetivos.** Las malformaciones linfáticas son alteraciones congénitas no tumorales, que dependiendo de la zona pueden comportarse con agresividad local.

Con este vídeo, queremos presentar una localización atípica, de alto riesgo y su resolución quirúrgica.

**Material y métodos.** Presentación de un caso clínico tras lograr los consentimientos pertinentes.

**Resultados.** Paciente de 7 años de edad con una malformación linfática malar presente desde los 2 años de vida.

Acude a la consulta tras una inflamación súbita secunda-

ria a un traumatismo. En la resolución del mismo, crece el componente periorbitario que se estudia con Resonancia magnética apreciándose la desviación del globo ocular y ausencia de drenaje venoso cerebral anómalo.

Debido al riesgo de trombosis de la arteria central de la retina y afectación por compresión, se decide la cirugía exéretica.

Se aborda por una incisión subtarsal que se prolonga a través del canto interno del ojo y se continúa en el párpado superior.

Una vez expuesto se procede a la disección de la musculatura extrínseca del ojo siendo posible la exéresis completa de la malformación. La malformación expresa el marcador D2-40, patognomónico de tejido linfático.

A la semana, el paciente ha recuperado completamente la motilidad ocular y no presenta pérdida de la visión.

**Conclusiones.** Las malformaciones linfáticas orbitarias obligan a un tratamiento agresivo dado el riesgo asociado de pérdida de visión.

La prueba diagnóstica prequirúrgica indicada es la resonancia magnética ya que permite el diagnóstico y la planificación.

Es obligatorio descartar anomalías del drenaje venoso cerebral, mediante Angio-RM, ya que coexisten en el 50% de los casos.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Neuroblastoma pélvico.** Lamas-Pinheiro R, Henriques-Coelho T, Correia-Pinto J. *Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital de São João.*

**Objetivos.** Neuroblastoma representa 8% de todos los tumores sólidos pediátricos y es el tumor extracraneal maligno más comunes de la infancia. El tratamiento varía desde la cirugía sola a la quimioterapia combinada con cirugía. Mortalidad y morbilidad quirúrgica es dependiente en el sitio del tumor, nivel de revestimiento o la infiltración de estructuras vitales por el tumor. Los procedimientos mínimamente invasivos reduce significativamente el tiempo para iniciar la alimentación postoperatorio, el tiempo para quimioterapia postoperatoria de inicio y la duración de la estancia hospitalaria. Presentamos el caso de un niño de 9 meses de edad hijo varón, con el diagnóstico de neuroblastoma pélvico estadio III.

Objetivo de intentar la escisión con seguridad del neuroblastoma, utilizando los métodos combinados de la laparoscopia y sagital posterior.

**Material y métodos.** El niño fue sometido a dos ciclos de quimioterapia con ciclofosfamida y vincristina. Después, fue sometido a escisión quirúrgica utilizando ambos los métodos laparoscopia y sagital posterior. La disección del plano retrorectal y el suelo pélvico se lograron por vía laparoscópica con tres trócares de 5 mm y una *stab incision* supra-púbica. El tumor fue extraído mediante una incisión sagital posterior.

**Resultados.** No hubo complicaciones durante el periodo post-operatorio. Histología del tumor mostró un neuroblasto-

ma baja differentiation con intermedio IMK. El niño se sigue en consulta externa y lo demás está sano.

**Conclusiones.** Fue posible la escisión completa del neuroblastoma utilizando las técnicas mencionadas. Seguido en las consultas externas, el niño está sano y libre de enfermedad hace 10 meses.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Tumores de glándulas salivares en la infancia: importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz.** Gander R, Guillén G, Molino JA, García Vaquero JA, Laín A, Lloret J, Martínez Ibáñez V. *Hospital Valle de Hebron.*

**Objetivos.** Revisión de nuestra serie de neoplasias de glándulas salivares en pediatría, dada su baja frecuencia y mayor tasa de malignidad en comparación con la población adulta.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los casos pediátricos de tumores de glándulas salivares tratados en nuestro centro entre los años 1998 y 2011, registradas en la unidad de Documentación Clínica.

**Resultados.** Identificamos 12 pacientes. Los tumores afectaban a glándulas parótida (11) y sublingual (1). Dos pacientes tenían historia oncológica previa y antecedentes de irradiación. Se realizó PAAF en 5 pacientes, siendo diagnóstica en todos ellos. Siete fueron intervenidos. El diagnóstico fue de: 4 hemangiomas, 2 adenomas pleomorfos, 4 carcinomas mucopidermoides, 1 carcinoma de células acinares y 1 PNET. Ningún paciente presentaba metástasis al diagnóstico. En dos casos de parotidectomía total apareció neuroapraxia inicial pero ninguno tuvo parálisis facial definitiva. No hubo ningún caso de síndrome de Frey. Los resultados estéticos fueron buenos. No hubo ninguna recidiva tumoral y todos los pacientes sobreviven en la actualidad.

**Conclusiones.** Los tumores de glándula salivar son raros en pediatría pero su alta tasa de malignidad hace necesario establecer un diagnóstico rápido. Presentan en general buen pronóstico. En nuestra experiencia la PAAF presentó elevada sensibilidad. En tumores malignos el tratamiento es la exéresis, preservando el nervio facial siempre que sea posible, salvo si está claramente invadido o su conservación impide la resección completa. En tumores vasculares la cirugía se reserva para casos refractarios al tratamiento médico.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **El tumor de Askin: un reto médico-quirúrgico.** Hernández-Martín S, Martínez L, Sastre A, López-Fernández S, Ramírez M, Ortiz R, Miguel M, Fernández A, Tovar JA. *Hospital Universitario la Paz, Madrid.*

**Objetivos.** El tumor de Askin (TA) es una neoplasia infrecuente, de muy mal pronóstico y que requiere abordajes quirúrgicos complejos. Las necesarias resecciones conllevan reconstrucciones complejas que ocasionan secuelas a largo plazo. En

este trabajo revisamos nuestros resultados en el tratamiento de estos pacientes.

**Material y métodos.** Revisamos los pacientes tratados en nuestro hospital por TA desde 1993. Evaluamos sintomatología, tratamiento, procedimiento quirúrgico y evolución. Para el análisis de supervivencia se dividieron en 2 grupos según el protocolo de tratamiento (pre-1995 y post-1995).

**Resultados.** Se trataron 13 pacientes (5 mujeres, 8 varones), 3 pre-1995 y 10 post-1995, con edad mediana de 7 años (3,5-15). El síntoma predominante fue el dolor (10 casos). En 3 se hizo resección primaria, en 9 extirpación completa tras quimioterapia y sólo uno se consideró inextirpable. Se realizaron resecciones costales (12), costovertebrales (4), pulmonares (4) y diafragmáticas (1). Para la reconstrucción se usaron parches de ácido-polglicólico (4) o de Goretex (7). Tras 34 meses (8,5-186) de seguimiento, 7 fallecieron por progresión de la enfermedad. Cinco pacientes requirieron re-resección por recidiva (uno sobrevive). Se asociaron a mortalidad la pauta de tratamiento pre-1995 (3 casos), la resección incompleta (3) y la recidiva (6). Tres de los 6 supervivientes han necesitado operaciones reconstructivas (2 escoliosis y 1 hipoplasia mamaria).

**Conclusiones.** Aunque el pronóstico del TA es muy desfavorable, la combinación de protocolos médico-quirúrgicos muy agresivos ha permitido aumentar la supervivencia. El cirujano infantil es determinante tanto en la resección completa, aunque suponga amplias mutilaciones, como en la reconstrucción posterior.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Metástasis pulmonares en pacientes pediátricos con osteosarcoma: análisis de supervivencia.** Fonseca R, Berlanga P, Marco A, Ibáñez V, García-Sala C. *Hospital La Fe.*

**Objetivos.** Osteosarcoma es el tumor óseo maligno más frecuente en la edad pediátrica. La principal localización de las metástasis es pulmonar, cuya aparición empeora el pronóstico. Analizamos la supervivencia de pacientes con metástasis pulmonares (MP) y el efecto de la intervención quirúrgica sobre la misma.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes tratados en nuestro hospital por osteosarcoma entre 1980 y 2009. Realizamos curvas de supervivencia de Kaplan-Meier, comparadas mediante *Log-rank-test*, considerando  $P < 0,05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados.** 39 pacientes diagnosticados de osteosarcoma, 6 perdidos durante el seguimiento. Edad media 9,71 años, 51,3% mujeres. Hallamos 18 (46,2%) pacientes con MP, 5 (27,7%) al diagnóstico y 13 (72%) como recaída. Se intervinieron 8 pacientes realizándose 10 intervenciones: 8 toracotomías posterolaterales y 2 videotorascopias. Metastastectomía y segmentectomía fueron las técnicas quirúrgicas más utilizadas. Hubo 13 muertes con mediana de supervivencia global de 13,49 años (intervalo de confianza (IC) del 95% 8,72-18,26). Comparamos la supervivencia del grupo con MP y los que no, obtenien-

do los primeros una mediana de supervivencia de 1,7 años (IC 1,29-2,20) y en los segundos de 13,49 años (IC 9,60-17,38) P=0,001. En pacientes con MP comparamos la supervivencia entre los intervenidos y los que no, los primeros presentaron una supervivencia del 60% a los 12 años de seguimiento, la mediana de supervivencia en los segundos es de 1,43 años (IC 0,25-2,60) P=0,05.

**Conclusiones.** La aparición de MP empeora el pronóstico de los pacientes con osteosarcoma. Sin significación estadística la resección de MP mejora su supervivencia.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **La enfermedad de Hirschsprung y el carcinoma medular de tiroides: dos enfermedades en una alteración monogénica.** Olivares Muñoz M, Julià Masip V, Oriola J, Martorall Sampol L, Parareda Salles A, Ribó Cruz JM. *Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic de Barcelona.*

**Objetivos.** Entre los diferentes genes implicados en la enfermedad de Hirschsprung (EH), las mutaciones del protooncogen RET son las más frecuentes. Hay descritas más de 100 mutaciones de este gen asociadas a EH, pero aquellas en que el error reemplaza una cisteína por otro aminoácido (principalmente en exones 10 y 11) presentan riesgo de MEN 2A y carcinoma medular de tiroides familiar (CMTF). Estas mutaciones de riesgo se hallan en un 5-6% de los pacientes con EH y presentan una herencia autosómica dominante.

El CMTF tiene un comportamiento agresivo y la tiroidectomía profiláctica es el mejor tratamiento.

Presentamos nuestros resultados en el screening de las mutaciones del gen RET asociado a CMT en pacientes afectados de EH.

**Material y métodos.** Se han tratado 40 pacientes con EH en los últimos 15 años. Hemos clasificado los pacientes en dos grupos: A) alto riesgo de mutación del gen RET asociada a CMTF (antecedentes familiares de EH, segmento largo y/o síndromes asociados) y B) bajo riesgo (afectación rectosigmoidea).

Se han determinado los exones 7,8,9,10,11,13,14,y 15 del protooncogen RET en 13/15 niños del grupo A y en 5 /25 del grupo B.

**Resultados.** Una niña del grupo A presenta la mutación C620S (exón 10). En el estudio familiar se ha encontrado esta misma mutación en la madre.

**Conclusiones.** El manejo integral de los niños con EH exige el despistaje de mutaciones del gen RET asociadas a CMTF.

En los familiares de primer grado de los niños con una mutación de riesgo, el screening es obligatorio.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Nefroureterectomía laparoscópica en el tumor de Wilms.** Sánchez Abuín A, Molina Vázquez M<sup>ª</sup>E, Aguilar Cuesta R. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Objetivos.** La cirugía mínimamente invasiva (CMI) en el tratamiento de tumores malignos en la infancia comienza a tener un importante papel con resultados similares a la cirugía abierta en casos seleccionados. Presentamos nuestros dos primeros casos de tumor de Wilms tratados por laparoscopia.

**Material y métodos.** Caso 1: Niña de tres años de edad que acude por hematuria macroscópica. En el diagnóstico por imagen se identifica masa de 8 cm en riñón izquierdo en probable relación con tumor de Wilms. Tras 4 semanas de quimioterapia se realiza nefroureterectomía laparoscópica. El resultado anatomopatológico es tumor de Wilms estadio I de alto riesgo anaplásico. Se completa el tratamiento quimioterápico 7 meses más.

Caso 2: Paciente de 5 años, diagnosticada de tumoración renal derecha de 6,5 cm en una ecografía realizada por abdominalgia en probable relación con tumor de Wilms. Después de 4 semanas de quimioterapia se realiza nefroureterectomía laparoscópica. El resultado anatomopatológico es tumor de Wilms estadio II de alto riesgo (blastematoso). Se completa el tratamiento con quimioterapia postoperatoria.

**Resultados.** Después de 1 año de seguimiento ambas pacientes se encuentran libres de enfermedad.

**Conclusiones.** La CMI en casos seleccionados de tumor de Wilms cumple con éxito los objetivos del tratamiento quirúrgico.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **La fertilidad en adultos a través de encuestas en pacientes operados de criptorquidia.** Calleja Aguayo E, Delgado Alvira R, Estors Sastre B, González Esgueda A, Gracia Romero J. *Sección de Urología. Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet.*

**Objetivos.** Analizar la encuesta de fertilidad realizada en una cohorte de operados de criptorquidia en edad pediátrica de los que disponemos datos clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos y que fueron estudiados hace 10 años realizando un espermiograma y un estudio del eje hipofisario.

**Material y métodos.** Se envió una encuesta de fertilidad, incluyendo datos de estilo de vida y condiciones de trabajo, al domicilio de 278 pacientes adultos operados de criptorquidia. Las 94 encuestas recibidas (33'8% de las enviadas) han sido analizadas con SPSS 15.0 realizando un estudio descriptivo y analítico.

Consideramos que tienen fertilidad normal aquellas personas que consiguen el embarazo en un máximo de 12 meses con actividad sexual regular sin uso de anticonceptivos.

**Resultados.** Han intentado tener hijos 53 casos de los encuestados (56,4%) y lo han conseguido 44 (83%). Han sido considerados fértiles 34 pacientes (64,2%) con una media de tiempo para embarazarse de 4'15 meses. En el grupo de infértiles, 10 casos (52,6%) han conseguido ser padres; 7 en más de

12 meses y 3 por FIV, con una media de 26,8 meses; 9 casos (47,4%) no han conseguido ser padres. No existen diferencias significativas entre fertilidad y localización y lateralidad del testículo, edad de cirugía y densidad de espermiograma. Existen diferencias significativas entre paternidad y la uni o bilateralidad de la criptorquidia.

**Conclusiones.** Necesitamos ampliar el número de encuestados para poder sacar conclusiones significativas en cuanto a fertilidad aunque podemos concluir de forma significativa que existen mayor proporción de criptórquidos bilaterales en el grupo que no ha llegado a ser padre.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Estudio de satisfacción de la implantación de prótesis testiculares en niños.** Martínez Criado Y, Millán López A, Delgado Cotán L, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Virgen Del Rocío.*

**Objetivos.** La ausencia testicular en niños puede suponer un trauma psicológico, que podría evitarse implantando una prótesis testicular (PT). Sin embargo, no existe consenso en la edad óptima para ello. Evaluamos las PT implantadas en nuestro centro y sus complicaciones, así como la satisfacción de pacientes y familiares.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de PT colocadas entre 2004-2010. Variables analizadas: edad, tamaño, lateralidad, abordaje quirúrgico, complicaciones y comorbilidad asociada.

Encuesta telefónica a 50 familiares, por entrevistador único. Datos recogidos: familiar entrevistado, satisfacción con las características (forma, tamaño, localización y consistencia), preocupación psicológica, analgesia postcirugía, aprobación de reintervención y recomendación a otros pacientes.

Análisis estadístico con SPSS-18.0.

**Resultados.** Se colocaron 107 PT (4 bilaterales, 64 izquierdas y 35 derechas), a una edad media de 70,1±58,6 meses. Abordaje inguinal en el 69%, el 29,9% con orquidopexia contralateral. Dos pacientes presentaron complicaciones.

Un 71% fue la madre la encuestada. Respecto al tamaño, forma y localización lo consideraron adecuado el 55,6, 66,7 y 82,22% respectivamente. Un 82,3% manifestaron consistencia dura. Ausencia de preocupación psicológica en el 86,7%, refiriendo el 95% disposición a remplazarla. El 86,7% recomendaría la PT a familias en situación similar.

**Conclusiones.** La implantación de PT evita la preocupación psicológica en la infancia. Sin embargo, la insatisfacción con el tamaño y la dureza, hace necesario el reemplazamiento al llegar la pubertad. Nos cuestionamos si lo más beneficioso es colocar la PT a edad temprana, o por el contrario, sería más conveniente sentar las indicaciones basadas en una decisión consensuada y razonada con la familia.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Epidemiología de los traumatismos en los dedos en la población pediátrica.** Domínguez Amillo E, Ramírez Piqueras M, Soto Beauregard C, Díaz González M, López Gutiérrez JC, Ros Mar Z, Tovar Larrucea JA. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Los traumatismos en los dedos son una consulta común en las urgencias pediátricas. Este estudio analiza la epidemiología de estas lesiones y su morbilidad.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los traumatismos en dedos de la mano atendidos en Urgencias de enero a julio de 2009, excluyendo quemaduras y accidentes de tráfico. Valoramos la necesidad de tratamiento bajo anestesia general, el número de curas ambulatorias y la presencia de secuelas.

**Resultados.** Se atendió a 138 pacientes, cuya edad media fue de 5,16±3,80 años. El accidente ocurrió fuera del hogar en el 54%. La lesión más común fue la amputación parcial o total del pulpejo (n=50). Las puertas fueron el agente causal en el 65% de los casos. Éstos presentaron una edad media de 3,8±2,82 años, el número medio de curas fue de 2,66±3,01. No precisaron anestesia general y siete presentaron secuelas. La edad media de los niños con traumatismos por otros agentes (35%) fue de 8,33±3,89 años, el número medio de curas fue de 2,25±1,35 y 5 precisaron tratamiento bajo anestesia general. Cuatro pacientes presentaron secuelas posteriores.

**Conclusiones.** El mecanismo lesional más frecuente fue el atrapamiento por puerta. El resto de agentes causaron lesiones más graves, fundamentalmente en el grupo de mayor edad. Sin embargo, el número de curas fue mayor en el grupo de lesiones por puerta, aumentando el absentismo laboral de los padres y el gasto sanitario. Éste podría minimizarse empleando sistemáticamente medidas antiatrapamiento en las puertas.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Discapacidad inmediata asociada al politrauma pediátrico.** Hernández-Martín S, Vázquez J, López-Fernández S, Domínguez E, García P, Ruiz JA, García S, Tovar JA. *Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

**Objetivos.** El trauma permanece como primera causa de morbi-mortalidad infantil. Nuestro objetivo fue analizar las discapacidades secundarias a un trauma grave que persisten al mes de la lesión.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio transversal del Registro de Trauma Pediátrico de nuestro hospital desde Diciembre-09 a Enero-11, encontrando 230 pacientes ingresados por trauma grave (113 operados). Analizamos los mecanismos del trauma y su evolución al mes de la lesión mediante encuesta telefónica, explorando 4 áreas: autocuidados, acti-

vidad motora, alteraciones psicológicas y necesidad de ayudas (ortopédicas, farmacológicas, nutricionales y respiratorias), subdivididas en subáreas específicas (16 ítems). Clasificamos: discapacidad grave (>10 ítems), moderada (5-10) y leve (<5).

**Resultados.** 98 pacientes presentaron algún grado de discapacidad, 49 (50%) leve y 43 (44%) moderada. El 83% de las graves (n=5) y el 45% de las leves (n=22) se debieron a quemaduras, mientras que la principal causa de las moderadas (44%; n=19) fue caída/precipitación. No hubo diferencias en el grado de discapacidad según los agentes lesivos (p=0,2). Tampoco en la edad de los pacientes según la gravedad de la discapacidad (p=0,08). Según los padres, la vida del niño había cambiado en 14% de los discapacitados Leves, 37% de los Moderados y 83% de los Graves (p=0,0005). La mortalidad fue del 0,87% (1 caso <24 h y otro en la primera semana).

**Conclusiones.** Los registros de estos pacientes permiten analizar exhaustivamente las consecuencias de las lesiones y aplicar medidas preventivas y terapéuticas que faciliten la recuperación en esta población.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **PIRS - Técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de la hernia inguinal: nuestra experiencia inicial.** Skrabski R, Royo Y, Maldonado J, Pueyo C, Di Crosa I. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.*

**Objetivos.** La herniotomía sigue siendo el “gold standard” para el tratamiento de la hernia inguinal (HI) en la infancia. Sin embargo, teniendo en cuenta la facilidad y seguridad que ofrece laparoscopia, se observa una tendencia justificada hacia el uso de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento de la HI, debido a las ventajas que ofrece sobre el procedimiento convencional. En los últimos diez años se han desarrollado numerosas técnicas para el abordaje mínimamente invasivo de la HI, constatando una tendencia hacia la simplificación del procedimiento.

**Material y métodos.** Presentamos un vídeo demostrativo de PIRS (*percutaneous internal ring suturing*), técnica mínimamente invasiva que precisa únicamente un puerto y una sutura extracorpórea para el tratamiento de la HI. Así mismo presentamos las posibles complicaciones intraoperatorias vasculares.

**Resultados.** En nuestra limitada experiencia hemos observado que se trata de una técnica segura, sencilla y fácilmente reproducible; la lesión vascular menor (hematoma) es posible, aunque no probable, y puede conllevar una prolongación del tiempo quirúrgico si bien no influye en el resultado final.

**Conclusiones.** La técnica PIRS debe ser considerada como una alternativa terapéutica eficaz frente a la herniotomía convencional.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Tratamiento percutáneo asistido por laparoscopia de la hernia inguinal infantil.** Molina Vázquez ME, Sánchez Abuín A, Aguilar Cuesta R. Hospital Clínico de Valladolid.

**Objetivos.** Gracias a la generalización de la cirugía mínimamente invasiva en pacientes pediátricos se están sustituyendo algunas técnicas clásicas por nuevos abordajes asistidos por laparoscopia. Presentamos nuestros resultados con el tratamiento percutáneo de la hernia inguinal asistida por laparoscopia.

**Material y métodos.** Presentamos un vídeo demostrativo de la técnica y nuestros primeros resultados de 10 pacientes tratados mediante herniotomía inguinal percutánea asistida por laparoscopia. Para ello utilizamos dos puertos, ambos vía umbilical, por los que introducimos una óptica de 5 mm y una pinza de 3 mm. Mediante dos punciones a nivel inguinal con una aguja de 20 G se introduce un hilo de sutura de 3/0 irreabsorbible que recorre todo el trayecto del orificio inguinal y permite que, al traccionar de éste desde la piel, se cierre el orificio inguinal quedando el nudo de sutura bajo una incisión subcutánea de 2 mm.

**Resultados.** La media de duración de la intervención bilateral fue de 28 minutos. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 6 meses sin recidivas. El resultado estético fue óptimo.

**Conclusiones.** La herniotomía inguinal percutánea asistida es una opción efectiva, sencilla y factible sin una tasa elevada de complicaciones.

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Colectomía laparoscópica en colitis ulcerosa.** Broto J, Gine C, Gander R, Moreno A, Espin E. *Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron.*

**Objetivos.** Descripción de los pasos de la colectomía laparoscópica y creación de un reservorio en un caso de colitis ulcerosa

**Material y métodos.** Paciente de 11 años con colitis ulcerosa refractaria al tratamiento médico convencional con corticoides e inmunomoduladores.

Se decide la práctica de una colectomía ante la iatrogenia del tratamiento médico.

**Resultados.** Desaparición de la enfermedad y remisión de los efectos secundarios del tratamiento.

**Conclusiones.** La colectomía laparoscópica con creación de reservorio es una técnica idónea en el tratamiento de la colitis ulcerosa refractaria a tratamiento médico

*Forma de presentación: Video 8 min.*

- **Estudio de polimorfismos asociados a la enfermedad de Hirschsprung.** Vega Hernández L<sup>1</sup>, Castaño González L<sup>1,2</sup>, Eduardo Ruíz Aja E<sup>3</sup>, Nagore Martínez Ezquerro N<sup>4</sup>, López Álvarez-Buhilla P<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Unidad de Investigación, <sup>2</sup>Universidad del País Vasco (UPV-EHU), <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>4</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo, Bizkaia).

**Objetivos.** La enfermedad de Hirschsprung (HSCR) es un desorden congénito caracterizado por la ausencia de células ganglionares a lo largo del tracto gastrointestinal. Está causada por defectos en la migración de las células del sistema nervioso entérico durante el desarrollo embrionario. La mejora de tratamientos quirúrgicos ha disminuido la mortalidad de los pacientes, lo que facilita el estudio genético de enfermos y sus familiares. Se desconoce el modelo hereditario de la enfermedad, pero el protooncogén RET es el principal gen involucrado. Se han encontrado mutaciones y polimorfismos (SNPs) en el gen de enfermos HSCR, lo que sugiere cierta predisposición genética a padecer la enfermedad. Nuestro objetivo es encontrar y analizar SNPs asociados a la enfermedad en nuestra población HSCR.

**Material y métodos.** Se analizaron varios exones del gen RET en diferentes poblaciones: enfermos HSCR, familiares, grupo de individuos sanos y pacientes con carcinoma medular de tiroides (CMT, causado también por mutaciones en RET) mediante PCR y secuenciación.

Para saber si algunos SNPs previamente descritos como asociados a HSCR están también presentes en nuestra población de estudio, se han analizado mediante sondas Taqman®.

**Resultados.** Los alelos del gen RET T, G y C de los polimorfismos p.Leu769Leu (Exón 13) p.Gly691Ser (Exón 11) y p.Ser904Ser (Exón 15) respectivamente, están asociados a nuestra población HSCR ya que hay diferencias significativas si los comparamos con la población sana o los enfermos con CMT.

**Conclusiones.** La presencia de ciertos polimorfismos del protooncogén RET en la población sugieren predisposición genética de padecer la enfermedad de Hirschsprung.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Aspectos técnicos del trasplante intestinal experimental.** López Fernández S, Hernández Oliveros F, Hernández Martín S, Andrés Moreno AM, Encinas Hernández JL, López Santamaría M, Tovar Larrucea JA. *Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Objetivos.** Nuestro objetivo es analizar las variables que influyen en los resultados del trasplante de intestino delgado (TID) en ratas en un programa de microcirugía experimental. Se describe con detalle la técnica quirúrgica y los cuidados perioperatorios con objeto del aprendizaje de la técnica.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los TID en ratas realizados en nuestro laboratorio de cirugía experimental desde el año 2002 al 2010. Dividimos los animales en grupo A (los que sobrevivieron más de 48 horas) y grupo B (los que fallecieron precozmente sin causa justificable). Comparamos en ambos grupos: número de trasplantes realizados por el cirujano, tiempo de isquemia caliente, tiempo de isquemia fría y duración total del procedimiento.

**Resultados.** Cinco cirujanos con distinto grado de formación microquirúrgica participaron en el estudio. Se realizaron en total 521 TID con una supervivencia global del 48%. El

primer trasplante con éxito se realizó tras una mediana de 46 (25-68) trasplantes. El tiempo total del procedimiento (3,5 vs 2,9 horas) y el tiempo de isquemia caliente (51 vs 35 minutos) fueron superiores en el grupo B ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** El número de trasplantes necesarios para el aprendizaje de la técnica es elevado. Sin embargo, la supervivencia es aceptable al reducir el tiempo empleado en las anastomosis vasculares. El TID en ratas constituye un modelo muy valioso para la formación del cirujano y para la investigación de los fenómenos relacionados con el TID.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Efectividad y seguridad de las transplantectomias renales; experiencia de los últimos 10 años.** Urbistondo A, Asensio M, Royo G, Molino JA, Martín JA, *Hospital Materno-Infantil Vall D'Hebron.*

**Objetivos.** El papel de la nefrectomía del aloinjerto en el trasplante renal sigue siendo controvertido. La pregunta de que hacer con el injerto que no funciona aun espera respuesta. El propósito de nuestro estudio es describir nuestra experiencia con las transplantectomías hechas en los últimos 10 años.

**Material y métodos.** Revisamos las historias clínicas de 12 pacientes a los que se realizaron 16 transplantectomías entre los años 2000-2010. Se recogió información acerca de la enfermedad de base, causa de la transplantectomía, técnica quirúrgica y complicaciones posquirúrgicas entre otras.

**Resultados.** Entre 2000-2010 realizamos 128 trasplantes renales en 106 pacientes. Un total de 16 transplantectomías (12,5%) se llevaron a cabo en 12 pacientes (11,3%). De los 16 injertos extirpados; 7 se hicieron en el primer mes, 2 entre 1 mes y 1 año y 7 tras el año. La edad media de los pacientes fue de 10,46 años siendo el intervalo medio entre trasplante y transplantectomía de 42,69 meses (rango 0,03-216 meses). Las causas fueron diversas siendo el rechazo crónico el más frecuente (50%) seguido por el rechazo agudo y la causa vascular. Los signos clínicos que más frecuentemente presentaron estos pacientes fueron la hipertensión refractaria (50%) y mal estado general asociado a abdominalgia (31%). Los signos clínicos cedieron en un 93% de los casos. Aparecieron complicaciones en un 43,7%, aunque solo 3 pacientes (18,55%) tuvieron que ser reintervenidos.

**Conclusiones.** La transplantectomía es una opción válida para tratar pacientes con injertos no funcionantes y signos clínicos incontrolables. Deben ser cuidadosamente seleccionados ya que la morbilidad asociada es alta.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Nuestra experiencia en retroperitoneoscopia para nefrectomías totales y parciales.** Fernández Córdoba MS, González Piñera J, Argumosa Salazar Y, Abad Martínez M, Hernández Anselmi E, Vidal Company A. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** La retroperitoneoscopia ha desplazado a la laparoscopia transperitoneal y la cirugía abierta en procesos renales benignos. Presentamos nuestra experiencia con dos tipos de abordaje: el lateral y el posterior en prono.

**Material y métodos.** En los últimos 6 años realizamos 20 retroperitoneoscopias, 10 con abordaje lateral y 10 posterior. Revisamos tiempos quirúrgicos, estancia hospitalaria, dificultades técnicas y complicaciones.

**Resultados.** Se realizaron 13 nefrectomías totales y 7 parciales en pacientes de 4,1 años de media (rango: 10 meses a 14 años). El tiempo medio quirúrgico fue 278 minutos en las parciales (rango: 210-390) y 200 minutos en las totales (rango: 150-300). No hubo pérdidas hemáticas. La alimentación oral se reestableció a las 11,4 horas de media y la estancia hospitalaria postoperatoria fue de 1,58 días en las nefrectomías totales y de 2,18 días en las parciales. Las complicaciones fueron dos urinomas, dos patologías asociadas al muñón ureteral y una hematuria transitoria. No hemos encontrado diferencias significativas entre el abordaje posterior y el lateral en cuanto a estancia, inicio de alimentación o complicaciones, aunque el tiempo medio quirúrgico fue menor en el abordaje posterior (media 170 min; SD 17,3) que en el lateral (media 216 min.; SD 41) (P=0,024) para nefrectomías totales.

**Conclusiones.** La retroperitoneoscopia ofrece un acceso seguro reduciendo la morbilidad asociada al procedimiento transperitoneal. El abordaje posterior facilita el control vascular, mantiene el peritoneo más alejado y tiene la ventaja de poder realizar el procedimiento con menor número de puertos, evitando el cruce de instrumentos y maximizando el espacio de trabajo.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Resultados del trasplante hepático pediátrico realizado de forma electiva.** Molino JA, Lara A, Landaeta N, Quintero J, Bilbao I, Martínez-Ibáñez V, Charco R, Bueno J. *Hospital Vall d'Hebron*.

**Objetivos.** El trasplante realizado de forma electiva presenta peores resultados que los trasplantes primarios. En un estudio americano multicéntrico (45 centros) la supervivencia al año de los trasplantes primarios y trasplantes electivos son de 88% y 74% respectivamente. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de los trasplantes electivos en nuestro centro.

**Material y métodos.** Entre 1985-2009 hemos realizado 239 trasplantes en 201 niños. De los 38 trasplantes, 15 (6,2%) fueron electivos. La edad media al trasplante electivo fue de 8,7 + 6 años y el tiempo medio al primer trasplante de 4 años (6 meses-11,6 años). Las indicaciones fueron rechazo crónico (n=9), recidiva de colangitis esclerosante (n=1), cirrosis biliar secundaria a estenosis biliar intrahepática (n=4), recidiva de Budd-Chiari (n=1). Los tipos de injerto trasplantados fueron 10 completos, 3 splits, 1 de donante vivo y 1 reducido.

**Resultados.** El tipo de injerto utilizado en el trasplante fue de 13 hígados completos, 1 split, y 1 reducido. Con un seguimiento medio de 6,1 + 5,7 años 12/15 (80%) viven. Las supervivencias a 1 y 5 años son de 80 y 71%. Se perdieron 3 pacientes, todos en el posoperatorio inmediato. Las supervivencias desde 1997 para pacientes que no precisaron trasplante fue de 90 y 87% a 1 y 5 años. Para los trasplantados antes de 1997, la supervivencia a 1 y 5 años fue de 71 y 57% y después de 1997 86% a 1 y 5 años.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia los resultados actuales del trasplante electivo son similares a los del primer trasplante.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

## COMUNICACIONES ORALES 6 SALA ROSSINI

- **Amplio espectro de manifestaciones clínicas en el Klippel Trenaunay.** Gómez Tellado M, García Palacios M, García González M, Del Pozo Losada J\*, Gómez Veiras J, Somoza Argibay I, Caramés Bouzán J, Dargallo Carbonell T, Pais Piñeiro E, Vela Nieto D. *Complexo Hospitalario Universitario De A Coruña*.

**Objetivos.** El Klippel Trenaunay es una malformación vascular combinada de presentación infrecuente caracterizada por la presencia de malformación capilar, venosa y/o linfática y hemihipertrofia del miembro afecto. La heterogeneidad clínica es muy grande y no siempre el diagnóstico es sencillo.

**Material y métodos.** Analizamos un total de 6 pacientes en nuestro centro entre los años 2008 y 2009 al poner en marcha la Unidad de Malformaciones Vasculares.

**Resultados.** La distribución según el sexo es del 50%. El 75% de ellos son de remitidos de otra área hospitalaria. Del grupo de pacientes 5 (84%) presentan lesión capilar y venosa, 2 (33%) presentan hemihipertrofia y 1 paciente (17%) presenta alteraciones linfáticas superficiales. Dos pacientes (33%) presentan de manera conjunta las 3 manifestaciones clásicas que definen el síndrome de Klippel-Trenaunay. En ningún paciente se realizó tratamiento quirúrgico. Un paciente precisó una esplenectomía a la que asociamos por persistencia de sangrados de la lesión laserterapia con buena evolución posterior.

En todos los pacientes se estableció tratamiento con presoterapia y tratamiento protésico con alzas para la corrección de la dismetría.

**Conclusiones.** El síndrome de Klippel-Trenaunay es un síndrome infrecuente con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La característica clínica más frecuente es la malformación capilar. El tratamiento suele ser conservador y en casos seleccionados si es posible será quirúrgico siempre que previamente se haya realizado el estudio del sistema venoso profundo. La esclerosis con microespuma y los tratamien-

tos médicos como sunitinib son un ejemplo de las alternativas de futuro para el manejo multidisciplinario de esta entidad.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- “**MANO APERT**”. Tardáguila Calvo AR, González Meli B, Berenguer Frohner B, Marín Molina C, Corona Bellos-tas C, Zornoza Moreno M, Carrera Guemur N, Rojo Díez R, De Tomás Palacios E. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Describir nuestro protocolo quirúrgico y su evolución. Presentar los resultados obtenidos, evaluando duración del tratamiento, aspectos funcionales, el grado de adaptación social y valoración de los padres.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo (1994-2010). Encuesta de satisfacción paterna, basada en una escala de 5 puntos, sobre habilidades adquiridas y resultado cosmético.

**Resultados.** Población del estudio: 25 pacientes (17 niños, 8 niñas); tiempo medio de seguimiento 5,3 (+3,18) años. Tipo de mano (Upton): I: 9 casos; II: 8; III: 8. Edad media de inicio del tratamiento: 8,04 (+1,31) meses y de finalización 4,95 (+3,76) años.

Protocolo quirúrgico: liberación bilateral de dos comisuras por mano y procedimiento. No amputación rutinaria de dígitos. Desde 2007 dos modificaciones:

- Inicio más precoz (6 meses)
- Corrección de clinodactilia del pulgar sin osteotomía

Analizando por separado los niños tratados desde el comienzo en nuestro centro (grupo A, n= 13) y los intervenidos originalmente en otro centro (grupo B =12), el grupo B requirió mayor número de cirugías (p=0,002) y concluyeron más tarde su tratamiento (p=0,005), diferencias significativas estadísticamente. El 50% de los pacientes fueron definidos como auto-suficientes para actividades básicas. Todos los padres puntuaron positivamente los resultados. La obtención de una mano pentadígita y el comienzo precoz fueron los aspectos mejor valorados.

**Conclusiones.** El tratamiento de la “mano Apert” exige un calendario quirúrgico precoz. La experiencia permite introducir nuevas técnicas y minimizar el número de intervenciones. Todos los padres valoraron positivamente los resultados y consideraron a sus hijos socialmente bien adaptados.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Expansión tisular en cirugía plástica pediátrica.** Mangas L, Lorca C, López Blanco E, Gutiérrez P. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe.*

**Objetivos.** La expansión tisular permite la cobertura cutánea de un defecto con piel de características similares al mismo (color, elasticidad, textura y sensibilidad). Nuestro objetivo es revisar su uso en la población pediátrica.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los tratamientos con expansión tisular entre 2002-2007. Se estudiaron datos demográficos, indicación, tipo de expansor (volumen, válvula y localización), uso de antibiótico, tiempo hasta el primer llenado, intervalos de expansión, sobreexpansión, tiempo de reposo hasta segundo tiempo y colgajo empleado, reexpansión, complicaciones mayores (suponen retirada y no obtención de resultados) y menores (no alteran resultado final), días totales de ingreso y tiempo total de tratamiento. Análisis estadístico de las complicaciones respecto a las variables (Chi cuadrado).

**Resultados.** 85 expansores fueron colocados en 38 pacientes. Rango de edad al inicio del tratamiento de 11 meses a 16 años. Indicaciones más prevalentes: nevus melanocítico congénito(NMC) (34%) y alopecia cicatricial(AC) (26%). Localizaciones más frecuentes: tronco y cuero cabelludo. Expansores rectangulares (60%) y semilunares (40%). Rango de volumen 60-1100 ml. Tiempo hasta primer llenado 6-27 días. Sobreexpansión en 36% y reexpansión en 29%. Antibiótico intraoperatorio en 100% y postoperatorio en 48%. Tiempo medio de reposo: 49 días y total de tratamiento: 11 meses. Colgajo más usado: de avance. Complicaciones mayores en 18% y menores en 6%. Las complicaciones se asociaron al sexo masculino de forma estadísticamente significativa.

**Conclusiones.** La expansión tisular tiene buenos resultados estéticos y funcionales con poca morbilidad por tanto indicada para tratar patologías pediátricas, destacando los NMC, AC y secuelas de quemaduras.

*Forma de presentación: Oral 9 min.*

- **Quemaduras en adolescentes.** Ortiz R, Domínguez E, Soto C, Díaz M, López Gutiérrez JC, Ros Z, Tovar JA. *Hospital Universitario la Paz.*

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es valorar la epidemiología y etiopatogenia de las quemaduras en adolescentes, causadas a menudo por imprudencias y por tanto evitables.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 11 años ingresados por quemaduras en los últimos 10 años. Se registraron la etiología, superficie corporal quemada, estancia hospitalaria, intervenciones quirúrgicas y secuelas.

**Resultados.** De 1008 pacientes ingresados por quemaduras, 89 eran mayores de 11 años (8,8%), siendo el 70,7% niños y el 29,3% niñas. El agente principal fue el fuego en 58 casos (65,1%), siendo secundario a explosión pirotécnica en 13 (22,4%), alcohol como combustible en 7 (12%), explosión de envases inflamables (*spray*) en 4 (6,8%) y gasolina en 3 (5,2%). La cara y las manos se vieron afectadas en las explosiones pirotécnicas y por *spray* de pintura en el 88% de los casos.

La mediana de estancia hospitalaria fue de 8 días de ingreso (1 a 90). El 83,1% precisó de tratamiento quirúrgico con una media de 1,8+1,4 intervenciones y el 21,3% presentaron secuelas que necesitaron al menos una intervención quirúrgica posterior.

**Conclusiones.** El fuego es la principal causa de quemadura en adolescentes, representando las explosiones piro-técnicas una cuarta parte y destacando la aparición de nuevos agentes causales como la deflagración de botes de pintura (*graffiti*).

Dada la alta morbilidad en este grupo de edad, con secuelas estéticas y funcionales permanentes, son necesarias campañas preventivas que contribuyan limitar las imprudencias y a disminuir este tipo de accidentes.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Moldeamiento nasopalatino prequirúrgico en el niño con fisura labiopalatina.** Licerias Licerias E, Martín Cano F, Díaz Moreno E, García Gómez M, España López A, Muñoz Miguelsanz MA, Martínez Plaza A, Gómez Morales J, Fernández Valadés R. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Objetivos.** Actualmente todas las opiniones son coincidentes en que para tratar esta compleja patología, se requiere de un equipo multidisciplinar. En este equipo cada vez tiene un mayor papel el ortodoncista. Los objetivos del tratamiento ortodéxico prequirúrgico son: 1. Alinear los segmentos alveolares y reducir la anchura de la fisura para facilitar la queiloplastia. 2. Guiar el crecimiento de los segmentos en que se halla dividido el maxilar. 3. Mejorar la función lingual. 4. Moldear los cartílagos nasales y la columela.

**Material y métodos.** Revisión de los pacientes con fisura labiopalatina tratados con moldeadores nasopalatinos prequirúrgicos en nuestra Unidad de Fisurados desde su inicio en el año 2007 hasta la actualidad.

**Resultados.** Los resultados del moldeado nasopalatino en un total de 15 pacientes (5 bilaterales) con un tiempo medio de permanencia del moldeador de 3,5 meses. Los segmentos alveolares se consideran bien alineados cuando existe 2-3mm de separación entre ellos. Se activa la extensión nasal para el moldeado de cartílagos alares cuando la separación entre segmentos es de 5 mm. Exponemos la evolución en la curva de aprendizaje y los resultados a corto y medio plazo del tratamiento.

**Conclusiones.** Son muchos los beneficios obtenidos con dicho procedimiento, destacando la disminución del trauma quirúrgico por menor tensión en la sutura. Asocia mejor morfología alar que se mantiene con el moldeado nasal posterior. Sin embargo, no tenemos resultados a largo plazo aunque podemos aventurar que serán mejores que los de la etapa anterior sin moldeado, aunque hay publicaciones en todos los sentidos.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Opciones quirúrgicas en la corrección del hellix valgus.** Morante R, Delgado MD, Martí E, Fuentes S, Moreno C, González M, Cano I, Gómez A. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** El *hellix valgus* es una malformación frecuente en la población pediátrica, que afecta al desarrollo personal y social del niño y genera ansiedad en la familia. Para su corrección existen gran variedad de técnicas quirúrgicas, con ausencia en la literatura de datos concluyentes sobre los resultados obtenidos en cada una. En nuestro Servicio se emplea el legrado del cartílago por vía anterior o posterior para marcar el antehélix y puntos de fijación a fascia mastoidea; completado en caso necesario con resección parcial de concha. Se recogen datos sobre los pacientes intervenidos con el fin de detectar si existen diferencias en el resultado para el abordaje cartilaginoso anterior o posterior.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de *hellix valgus* intervenidos en nuestro Servicio, recogiendo datos relativos al paciente, malformación, técnica quirúrgica, complicaciones, y resultados; con especial atención a recidivas, reintervenciones y cuestionario de satisfacción. Posteriormente se comparan los resultados entre el grupo con abordaje cartilaginoso anterior y posterior.

**Resultados.** Del total de pacientes intervenidos entre los años 2002 y 2010 se han seleccionado 80; el 50% con abordaje anterior y 50% posterior. El resultado inicial fue bueno en el 85%. En el análisis por subgrupos encontramos una recidiva del 9.8% para el abordaje anterior y del 28% en el posterior.

**Conclusiones.** El *hellix valgus* es una malformación que debe corregirse en aquellos pacientes con afectación psicosocial. En nuestra experiencia, el legrado anterior del cartílago proporciona mejores resultados que el posterior, por lo que creemos que es una buena opción correctora.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Nuestra experiencia en otoplastia.** Di Crosta I, Royo Y, Pueyo C, Skrabski R, Maldonado J. *Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.*

**Objetivos.** Las orejas prominentes son la malformación congénita del oído más común, con una frecuencia de 13,5%. La presión social que sufren los niños con orejas prominentes pueden afectar la autoestima. Queremos evaluar los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes tras la corrección quirúrgica de las orejas prominentes realizando la otoplastia según una técnica que combina el limado anterior del cartílago descrito por Strenstöm con la plicatura posterior del antihélix según Mustardé.

**Material y métodos.** Entre enero 2009 y diciembre 2010, 27 pacientes fueron sometidos a tratamiento de orejas en asa unilateral o bilateral, corrigiendo un total de 48 pabellones auriculares. La edad media fue de 9 años y 5 meses. Los pacientes recibieron antibiótico profiláctico durante 7 días. El tiempo medio de ingreso fue de 36 horas. Se recomendó usar cinta compresiva durante al menos un mes. Las orejas fueron revisadas y fotografiadas antes y después de la cirugía. Con el obje-

tivo de evaluar el nivel de satisfacción, se realizó una entrevista telefónica a todos los pacientes pasado un año de la intervención.

**Resultados.** El tratamiento fue bien tolerado y satisfactorio. Las complicaciones fueron un caso de sangrado post-operatorio, uno de infección de un punto de sutura y 2 casos de escara de la piel, estos tres últimos se resolvieron espontáneamente. Tres casos de recidiva unilateral requerirán un procedimiento de revisión.

**Conclusiones.** Uno de los objetivos quirúrgicos de la otoplastia es producir un antihélix adecuado. La técnica utilizada en nuestra institución obtiene un índice de satisfacción alto y una baja tasa de complicaciones.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Manejo terapéutico de la fuga aérea persistente en pacientes pediátricos con neumatía de base: ¿tratamiento conservador o quirúrgico?** Gander R, Laín A, Guillén G, Molino JA, Marhuenda C, Moreno A, Lloret J, Martínez Ibáñez V. *Hospital Valle de Hebron.*

**Objetivos.** Analizar el manejo terapéutico óptimo de pacientes pediátricos con neumotórax por fuga aérea persistente (FAP) asociado a neumatía de base severa.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de 2 casos de pacientes pediátricos (16 y 10 años) con FAP asociada a neumatía severa tratados en nuestro centro entre 2009 y 2010. Se consideró FAP aquella con una duración superior a 7 días a pesar de tratamiento conservador. Revisión de la literatura en la base PubMed.

**Resultados.** Ambos pacientes presentaban neumatía severa (1 fibrosis quística en estado pretrasplante pulmonar y otro bronquiolitis obliterante post trasplante de médula ósea). La fuga aérea se manifestó inicialmente como neumotórax espontáneo en los 2 casos.

El tratamiento consistió en drenaje torácico y oxigenoterapia. Se practicaron RX tórax seriadas y un TAC torácico para valoración del parénquima pulmonar. Debido al estado basal de ambos pacientes y a consecuencia del riesgo quirúrgico elevado se decidió mantener el manejo conservador con drenaje torácico y aspiración continua. La duración de la fuga aérea fue de 21 y 23 días en el paciente con bronquiolitis obliterante y fibrosis quística respectivamente, lográndose su cierre completo, sin recidivas.

Se revisaron 2 publicaciones de casos pediátricos similares tratados con éxito de forma conservadora.

**Conclusiones.** El manejo de la FAP en pacientes pediátricos con neumatía de base sigue siendo motivo de controversia. Existen escasos datos publicados en la literatura pero series recientes parecen apuntar que el tratamiento conservador es una opción válida y eficaz, asociándose a una menor tasa de complicaciones en comparación con el tratamiento quirúrgico.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

- **Resultados a corto plazo de las lobectomías toracoscópicas al inicio de la curva de aprendizaje.** Lara A, Giné C, Peiró JL, Marhuenda C, Barceló C, Laín A, Guillén G, Lloret J, Martínez Ibáñez V. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona*

**Objetivos.** Desde 2008 hemos realizado lobectomías abiertas y toracoscópicas, teniendo experiencia en cirugía torácica abierta y en procedimientos láparo-toracoscópicos pediátricos, pero no en lobectomías toracoscópicas. Nuestro objetivo es comparar los resultados a corto plazo.

**Material y métodos.** Hemos registrado las lobectomías abiertas (grupo A) y toracoscópicas (grupo B) en pacientes diagnosticados de malformación adenomatoidea quística (MAQ) asintomáticos, intervenidos electivamente entre 2008 y 2010 en nuestro centro.

Variables: a) paciente: edad a la cirugía, lóbulo intervenido; b) cirugía: procedimiento, duración; c) postoperatorio: días de ingreso, complicaciones previas al alta.

El análisis se efectúa con la prueba U Mann-Whitney (significación con  $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Incluimos 13 pacientes, 8 en A y 5 en B. La edad media a la intervención es de 7,23 meses (DS 4,3) en A y 13,6 meses (DS 5,72) en B. La duración media de la intervención para A es 3,92 horas (DS 1,17) y 6,25 horas (DS 2,06) para B. La duración media del ingreso es 9,37 días (DS 6,11) para A y 8 días (DS 3,53) para B. Registramos 2 complicaciones postoperatorias para A (hemotórax y pneumotórax) y 1 para B (pneumotórax); ninguna requiere reintervención. No se hallan diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable entre ambos grupos.

**Conclusiones.** La curva de aprendizaje de la lobectomía toracoscópica es una de las razones por la cual algunos centros demoran su práctica. Según nuestra experiencia, la realización de lobectomías toracoscópicas no ha presentado mayor incidencia de complicaciones al inicio de nuestra curva de aprendizaje.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Faringoplastia de Hynes-Orticochea en la incompetencia velo-faríngea.** Leitão J, Moreira-Pinto J, Pereira J, Bonet B, Sousa J, Cidade-Rodrigues J, Osório A. *Centro Hospitalar do Porto-Unidade Maria Pia.*

**Objetivos.** Evaluar la eficacia de la faringoplastia Hynes-Orticochea (HOP) no tratamiento de la Incompetencia velo-faríngea (IVF) en lo que se refiere a los resultados del habla y complicaciones.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con IVF submetidos a HOP en nuestro Hospital (enero 1999-agosto 2010). El estudio preoperatorio incluyó: evaluación del habla y una radiografía lateral del cuello hasta el año 2002 y, posteriormente, nasofaringoscopia. Como el objetivo ideal de la faringoplastia es lograr un lenguaje comprensible normal, la evaluación

post-operatoria se realizó clasificando el habla como comprensible y poco comprensible. El discurso comprensible fue además clasificado como: siempre comprensible (curado); comprensible si habla lenta (con escape nasal / hiperresonancia / dificultad de articulación). El discurso poco comprensible fue clasificado como: mejorado/empeorado/estabilizado y presentado con escape nasal/hiperresonancia/dificultad de articulación.

**Resultados.** Hubo 41 pacientes. La etiología de la IVF fue pós-reparación de la fisura en 80,5%. 68% fueron curados. 27% eran comprensible si habla lenta. Discurso poco comprensible / mejorado / con escape nasal, se encontró en un paciente y poco comprensible / estabilizado / con problemas de articulación en otro. En 10 pacientes hubo complicaciones tales como: *flaps* dehiscencia, posición de los *flaps* demasiado baja en el paladar y brecha velo-faríngea demasiado grande / estrecha. La tasa de reintervención fue del 22%.

**Conclusiones.** Aunque este estudio presenta algunas limitaciones, ya que es un estudio retrospectivo y hay una dificultad global inherente a la evaluación del habla, HOP parece ser una buena opción: se logró habla comprensible en el 95% de los pacientes con 68% de ellos completamente curados.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **¿Cuándo está indicada la traqueoplastia en pacientes con anillos vasculares?** Ramírez M, Hernández F, Miguel M, de la Torre CA, Hernández S, López S, Ortíz R, Domínguez E, Encinas JL, Aroca A, Polo L, Gozalez A, Borches D, Vázquez J, Villagrà F, Tovar JA. *Departamento de Cirugía, Hospital Universitario la Paz.*

**Objetivos.** Los anillos vasculares (AV) pueden manifestarse con síntomas respiratorios. Sin embargo, su corrección quirúrgica no suele incluir la cirugía traqueal (CT). Nuestro objetivo es revisar los casos de AV tratados en nuestro centro con distintas técnicas quirúrgicas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes tratados por AV de 2000 a 2010 recogiendo: síntomas respiratorios, malformaciones asociadas y corrección quirúrgica con o sin traqueoplastia.

**Resultados.** Se han tratado 21(9 V/12 M) pacientes por AV (11 doble arco aórtico, 2 sling de la pulmonar y 8 arcos aórticos derechos con subclavia izquierda). La mediana de edad fue de 6,5 meses (0-156). Al diagnóstico 19 (90%) tenían síntomas respiratorios. Cinco asociaban otras malformaciones cardíacas. El estudio preoperatorio incluyó: 21 ecocardiografías, 18 TDS, 3 TAC, 7 RMN y 6 bronoscopias. Se realizó sección del anillo en 20 y cirugía traqueal en 5, en uno tras la cirugía del anillo. En 3 la decisión se tomó tras bronoscopia intraoperatoria. La técnica usada fue: 2 traqueoplastias deslizantes, 2 injertos de cartílago costal y 1 traqueoplastia deslizante + injerto de pericardio y cartílago. Dos (uno de ellos con CT) fallecieron, 14 se encuentran libres de sintomatología respiratoria (tres de ellos con CT) y cinco presentan en la actualidad clínica respiratoria.

**Conclusiones.** Las pruebas de imagen y la bronoscopia pre e intraoperatoria pueden afinar la indicación de CT en pacientes con AV. Sin embargo, sería beneficioso consensuar criterios más objetivos para ésta. La colaboración entre cirujanos cardíacos y pediátricos es crucial en esta patología para tratarla de manera integral.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Manejo de la rotura de la vía aérea (RVA) en niños.** C de la Torre CA, Miguel M, Hernández F, Vázquez J, Ramírez M, Hernández S, López S, Domínguez E, Ortíz R, Sanabria P, López-Santamaría M, Lassaletta L, Tovar JA. *Hospital Universitario La Paz.*

**Objetivos.** La RVA en niños es rara y es debida principalmente a traumatismos. Tras estabilizar al paciente se necesita de un diagnóstico rápido y preciso y el tratamiento deberá de ajustarse en cada caso.

**Material y métodos.** Recogimos los pacientes con RVA atendidos en nuestro centro en el último año. Estudiamos edad, sexo, mecanismo etiológico, manejo, métodos diagnósticos y tratamiento definitivo.

**Resultados.** Atendimos en nuestro hospital a cinco pacientes diagnosticados de RVA. La edad media fue de 7 (4-17) años. Tres mujeres y dos varones. El mecanismo fue en dos por traumatismo cervical, otra por un aneurisma micótico torácico y dos por maniobras de intubación. Todos menos un paciente se diagnosticaron por fibrobronoscopia. Presentaron en un caso una rotura traqueal longitudinal de toda la pars membranosa, una rotura puntiforme traqueal, una rotura de bronquio traqueal derecho y una rotura de bronquio principal izquierdo. En 4 de ellos el manejo fue conservador con extubación precoz resolviéndose el cuadro de forma favorable y estando todos ellos de alta y asintomáticos. En la paciente con rotura bronquial por un aneurisma micótico se intentó la corrección quirúrgica en dos ocasiones sin éxito.

**Conclusiones.** Las RVA, aunque raras, son lesiones con alta morbi-mortalidad. La fibrobronoscopia es el método diagnóstico principal. La extubación precoz elimina la presencia de cuerpos extraños que perpetúan la lesión. En nuestra experiencia el tratamiento conservador fue eficaz. Pero es necesario destacar que el tratamiento debe individualizarse en cada paciente.

*Forma de presentación: Oral 8 min.*

- **Uso de malla Strattice® en defectos de pared abdominal: primera experiencia en niños.** Peláez Mata D, Zornoza Moreno M, Cerdá Berrocal J, García-Casillas Sánchez MA, del Cañizo López A, Carrera Guermeur N, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo AR, Rojo Diez R, Molina Hernande E, Carrera Guermeur. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** En el manejo de las hernias incisionales la utilización de mallas reduce la tasa de recidiva. Su uso es controvertido, especialmente en las no reabsorbibles, por la edad de los pacientes y la elasticidad de la pared abdominal en la infancia. Presentamos la primera experiencia en España del cierre de una hernia incisional recidivada mediante malla biológica Strattice®.

**Material y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Neonato intervenido de enterocolitis necrotizante mediante laparotomía supraumbilical y colostomía de descarga. En el postoperatorio presentó dehiscencia de la herida secundaria a infección. Se reconstruyó el tránsito a los 4 meses, constatándose la presencia de una eventración 1 mes tras la intervención. Una primera reparación mediante sutura primaria fracasó 6 semanas después. La segunda reparación se llevó a cabo mediante la exposición amplia del área eventrada, objetivándose dos defectos aponeuróticos de 6x4 cm, que fueron reparados mediante la colocación de un parche de Strattice® como refuerzo preperitoneal y cierre muscular y aponeurótico por encima. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el resultado a los 6 meses de la cirugía es óptimo.

**Conclusiones.** Strattice® es una matriz reconstructiva acelular obtenida de dermis porcina. Una vez implantada, un proceso de regeneración tisular consigue una rápida revascularización y repoblación celular, y por tanto una reparación sólida manteniendo intacta la matriz extracelular y evitando el rechazo. El restablecimiento de la estructura y la función de la pared abdominal es extremadamente útil en niños con grandes defectos de pared abdominal, en los que otras técnicas quirúrgicas tienen una alta tasa de recidiva.

*Forma de presentación: Oral 5 min.*

## SESIÓN DE POSTERS SALA VERDI

**1. Estudio preliminar del tratamiento del trauma traqueal mediante la disposición de un nuevo diseño de stent en modelo animal.** Morcillo E, Martín C, Martín M<sup>ª</sup>F, Lima R, Sánchez Margallo FM, Soria F. *Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón. Cáceres.*

**Objetivos.** El objetivo del presente trabajo es evaluar un nuevo diseño de stent metálico para el tratamiento mínimamente invasivo del traumatismo traqueal, que aunque es una técnica descrita para esta afección, actualmente no tiene aplicación clínica.

**Material y métodos.** Se emplearon 10 animales de sp. cunícula. Mediante un abordaje cervical procedemos a la creación del modelo de trauma traqueal mediante la incisión de un 25% de su circunferencia. Posteriormente disponemos un stent *Taewoong Medical (Niti-S tracheobronchial Full Covered stent)*, al que modificamos sus extremos con una sección de PTFE

(U200900357). La disposición de este dispositivo se realiza bajo control fluoroscópico y engloba la lesión traqueal en la porción central del stent.

Los parámetros hemodinámicos y ventilatorios son evaluados antes del trauma (fase I), durante el trauma (fase II) y tras la disposición del stent (fase III): Frecuencia cardíaca-FC, Frecuencia respiratoria-FC, Volumen tidal -VT, SpO<sub>2</sub>, ETCO<sub>2</sub>, Presión positiva al final de la espiración-PEEP.

**Resultados.** Todos los animales de este estudio mostraron en la fase II un incremento en la FC y VT y una disminución en la SpO<sub>2</sub>. Los animales durante el periodo de seguimiento actual (8 semanas), no presentan alteraciones respiratorias, ni enfisema subcutáneo, ni se aprecia crecimiento hiperplásico traqueal, ni migración de los stents.

**Conclusiones.** El *stenting* metálico recubierto permite en este estudio preliminar resolver el trauma traqueal sin hiperplasia. Esto podría permitir un abordaje conservador de la vía respiratoria en los casos de traumas traqueales, aunque hay que tener en cuenta que el tiempo de seguimiento es breve y el grupo estudiado escaso.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**2. Empleo del ecografo por el cirujano pediátrico: soluciones diarias, simplificación de tareas.** García M, Gómez R, Tellado M, Palacios M, Marco C, Somoza I, Pais E, Caramés J, Dargallo T, Vela D. *Complejo Hospitalario Universitario De A Coruña.*

**Objetivos.** El empleo de la ecografía para el diagnóstico y seguimiento de patologías pediátricas es muy frecuente. Numerosas especialidades de pacientes adultos se sirven de la ecografía realizada por ellos mismos como complemento de su práctica diaria. Queremos presentar nuestros resultados en el empleo de la ecografía como complemento a nuestra labor diaria.

**Material y métodos.** Presentamos diferentes casos clínicos y sus correspondientes imágenes radiológicas que se realizan por parte de nuestro servicio como complemento en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de nuestros pacientes.

**Resultados.** Imágenes ecográficas y resultados diagnósticos de masas inguinales, cateterización de accesos venosos centrales, dolores abdominales, síntomas miccionales, alteraciones urológicas, malformaciones vasculares...

**Conclusiones.** La realización de ecografías por el cirujano pediátrico facilita en gran medida el seguimiento y tratamiento de los pacientes. Disminuye los tiempos de espera y permite una visión conjunta de clínica e imagen en tiempo real.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**3. Variación de causas de masas testiculares.** Fanjul M, Sánchez B, Rigol S, Brun N, San Vicente B, Melo M, Pérez A, Duran C, Obiols P, Bardaji C. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Tauli.*

**Objetivos.** Las masas testiculares y paratesticulares en niños son más raras que en adultos y su etiología puede ser muy diversa.

**Material y métodos.** Revisamos los casos de pacientes operados por presentar masas testiculares/paratesticulares en nuestro hospital en los últimos 6 meses.

**Resultados.** Se intervinieron 4 niños con edades comprendidas entre 1 y 12 años. La clínica fue aumento de tamaño escrotal en el 75% de los casos, que en algún caso impedía la palpación testicular. En todos los casos los marcadores tumorales (B-HCG, AFP) fueron negativos. Se realizaron dos orquiectomías radicales y dos tumorectomías. La anatomía patológica de las lesiones tratadas mediante tumorectomía fue de linfangioma paratesticular y calcificaciones distróficas. La anatomía patológica de las orquiectomías se correspondió con teratoma quístico maduro testicular y rhabdomioma paratesticular. Este último recibió después tratamiento quimioterápico.

**Conclusiones.** Las masas testiculares y paratesticulares son frecuentemente benignas en niños. Debe hacerse una ecografía testicular en hidroceles cuando el teste no es palpable. El diagnóstico de estas masas requieren una evaluación completa con ecografía testicular y la determinación de marcadores tumorales sanguíneos y TAC o resonancia si precisan.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**4. Disfunciones vesicales graves en pediatría. ¿Quién se atreve a iniciar el camino de la neuromodulación?** Pisón Chacón J, Hualde A\*, Pérez Martínez A, Ayuso González L, González Temprano N, Díez Bayona V\*\*. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Urología\* y Pediatría\*\*. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

**Objetivos.** El manejo y tratamiento de las disfunciones vesicales, está cambiando en los últimos años con resultados variables dependiendo de su etiopatogenia. La introducción de la neuromodulación sacra, tiene como efecto inducir de forma controlada despolarizaciones de troncos nerviosos para provocar respuestas somatoviscerales. El incremento de su uso se debe al fracaso de los tratamientos médicos convencionales. No existe experiencia en la población infantil.

**Material y métodos.** Presentamos una única paciente, mujer de 14 años intervenida en su país de origen en 2 ocasiones por reflujo vesicoureteral bilateral, con diagnóstico de disfunción vesical con vejiga de gran capacidad, bajas presiones con altos residuos postmicciones y que presenta, infecciones urinarias altas de repetición con profilaxis antibiótica continua. En la cistoscopia vejiga trabeculada y se identifica un posible anti-reflujo con técnica de Cohen. La RNM neuroraquídea es normal. El tratamiento con alfalíticos y los sondajes limpios intermitentes, no mejoraron el cuadro. Se indica la colocación de un neuromodulador sacro en S3 tras comprobar su efectividad con electrodo externo de prueba.

**Resultados.** Tras colocar el estimulador definitivo subcutáneo, se verifica tras 6 meses de seguimiento y modifica-

ción de los parámetros de modulación a demanda, la mejoría clínica, con ausencia de infecciones y funcional con mayor control del vaciado vesical sin residuos. Socialmente el dispositivo es aceptado a excepción de molestias en la zona del implante en determinadas posturas y ropa concreta.

**Conclusiones.** Debemos tener en cuenta esta terapéutica, como una posibilidad de mejoría en pacientes complejos refractarios a los tratamientos convencionales.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**5. Descripción anatómica e histológica del conejo como modelo para la investigación en proctología neonatal.** López-Alonso M, de la Portilla F, Borrero JJ, Moya MJ, Granero R, Cabrera R, Cabello R, Agustín JC. *Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.*

**Objetivos.** Buscar un modelo animal que reúna las condiciones adecuadas para la investigación en coloproctología neonatal.

**Material y métodos.** Estudio de la región ano rectal en 6 conejos hembras, blancos New Zealand con peso comprendido entre 2,5 y 2,9 kg. La autopsia se hizo inmediatamente después de sacrificar al animal y se realizó una descripción anatómica e histológica.

**Resultados.** La longitud media del recto y canal anal fue de 7,2 cm y 0,9 cm respectivamente. En el estudio macroscópico observamos que el músculo coccígeo hace la función del puborectalis en el hombre y que el esfínter anal externo tiene una porción superficial y otra profunda.

El estudio histológico demostró la similitud entre ambas especies, la mucosa es de tipo columnar simple, musculares mucosae, submucosa y capa muscular externa e interna separadas por el plexo mientérico.

**Conclusiones.** La similar anatomía e histología del recto y canal anal, el tamaño apropiado y la fácil adquisición y manejo del conejo hacen de este un atractivo modelo animal para uso experimental e investigación en proctología.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**6. Tratamiento de lesiones por extravasación.** Tirado M, Martínez ML, Aguilera JJ, García N, Galiano EJ. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.*

**Objetivos.** Las lesiones por extravasación tienen una incidencia del 3'8%, prolongan la hospitalización y pueden dejar secuelas. Afectan a piel, tejido subcutáneo o estructuras más profundas y frecuentemente se localizan en dorso de la mano, región cubital y dorso del pie. Presentamos las opciones terapéuticas posibles y un caso clínico de cada una de ellas.

**Material y métodos.** Se producen por colapso vascular, por efecto tóxico de la sustancia extravasada (citotóxicos, antibióticos) o por la hipertonidad de la solución (nutrición parenteral, iones, glucosa). En estos dos últimos casos y de forma

precoz, está indicado el lavado-aspiración de la zona con suero salino con el fin de evacuar el agente extravasado y preservar la piel no necrosada. En caso de lesión cutánea, las opciones de tratamiento son las mismas que en una quemadura: manejo conservador con curas o escarectomía e injerto en caso de lesión más profunda. Realizamos una revisión de la literatura y presentamos un caso clínico sobre cada una de las opciones terapéuticas.

**Resultados.** Una paciente con lesión profunda en dorso del pie precisó injerto tras dos semanas de mala evolución con curas. Otra paciente derivada por úlcera en dorso de la mano evolucionó favorablemente con curas. El paciente que recibió tratamiento precoz con lavado-aspiración tras extravasación de glucosa al 20% en el dorso de la mano no necesitó ningún otro tratamiento.

**Conclusiones.** El lavado-aspiración precoz en lesiones por extravasación de sustancias tóxicas o hipertónicas puede evitar la necesidad de otros tratamientos.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**7. Órganos intra-abdominales errantes.** Osorio A, Moreira-Pinto J, Pereira J; Sousa J, Bonet B, Oliveira L, Cidade-Rodrigues J. *Centro Hospitalar do Porto-Unidade Maria Pia.*

**Objetivos.** Los órganos intra-abdominales “errantes” son poco frecuentes en la práctica clínica. En la literatura moderna sólo hay siete casos descritos de hígado errante (WL). El bazo errante (WS), aunque más frecuente, también es raro. Nuestro objetivo es hacer una revisión de la literatura y analizar el tratamiento de ambos en nuestro Hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con órgano “errante” intra-abdominal seguidos en nuestro Hospital en los últimos 5 años.

**Resultados.** Paciente &#9792; de 8 años de edad con WS diagnosticado en la urgencia por torsión. Se realizó cirugía urgente con detorsión, colocación en posición anatómica y fijación del bazo a través de la creación de una bolsa peritoneal. Sin incidencias durante el postoperatorio, con un período de seguimiento de 3 meses. Recien-nacido con 8 días de vida con cuadro irregular de intolerancia alimentar sin causa esclarecida. Alrededor de los 3 meses, radiografías abdominales muestran el hígado ocupando alternamente el cuadrante superior izquierdo o derecho. Se adoptó tratamiento conservador con el fin de posponer hepatopexia a una edad más avanzada. Sin incidencias en seguimiento de 9 meses.

**Conclusiones.** Asumir una actitud expectante o quirúrgica en WL es un reto en el que todos los beneficios y riesgos tienen que estar bien equilibrados. El compromiso vascular agudo no parece ser el mayor riesgo de esta condición más antes la obstrucción del colon. Por otro lado, el diagnóstico de WS implica una cirugía inmediata, incluso si el paciente está asintomático, ya que el riesgo de pérdida del bazo es muy alto.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**8. Ligadura de cardias como tratamiento inicial en atresia de esófago con fístula tráqueo-esofágica distal con distrés respiratorio severo.** Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V, Vega Mata N, López López A, Granell Suárez C, Montalvo Ávalos C, Fernández Montes R\*, Bueno Pardo S\*. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Neonatología\*. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Objetivos.** Describir el manejo y evolución de un caso de atresia esofágica (AE) con fístula tráqueo-esofágica (FTE) distal con inestabilidad respiratoria severa tras perforación gástrica.

**Material y métodos.** Describimos el caso de una recién nacida, resultado de una gestación controlada de 35 semanas, con AE con FTE distal sospechada tras episodio de distrés respiratorio con la administración de la primera toma. A pesar del soporte ventilatorio, presentó un empeoramiento respiratorio progresivo, observando un infiltrado alveolar bilateral con neumoperitoneo importante en la radiografía. La inestabilidad respiratoria y hemodinámica contraindicaron el traslado a quirófano, debiendo ser intervenida de urgencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, realizando una laparotomía transversa izquierda y cierre de dos perforaciones gástricas. El deterioro respiratorio impidió efectuar un abordaje torácico para ligadura urgente de la fístula, optando por cerrar el cardias para minimizar la fuga aérea y realizar una gastrostomía de Stamm, que permitió la estabilización progresiva de la paciente. Al 3º día de vida se llevó a cabo la cirugía correctora mediante toracotomía con sección y cierre de la FTE distal y anastomosis esofágica término-terminal, así como laparotomía para sección de la ligadura de cardias.

**Resultados.** Tras efectuar el esofagograma al 7º día postoperatorio, se inició alimentación enteral por gastrostomía con tolerancia satisfactoria. Actualmente recibe alimentación oral completa con adecuada ganancia ponderal.

**Conclusiones.** En casos de inestabilidad respiratoria severa, donde la toracotomía con cierre de la FTE suponga un alto riesgo quirúrgico, la ligadura del cardias por laparotomía puede ser una alternativa, permitiendo la estabilización previa a la cirugía correctora definitiva.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**9. Traumatismo abdominal cerrado con perforación de víscera hueca: revisión de 4 casos.** Royo Cuadra Y, Skrabski R, Pueyo Gil C, Franch Salvadó S, Di Crosta I, Maldonado Artero J. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona.*

**Objetivos.** La perforación de víscera hueca secundaria a traumatismo abdominal cerrado tiene baja incidencia en niños (1-9%). Es frecuente el retraso diagnóstico, aumentando así el riesgo de complicaciones. Realizamos una revisión de 4 casos destacando el papel de la TAC en su diagnosis.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo de 5 años (2005-2010).

**Resultados.** Son 4 pacientes varones de edades entre 6-11 años, sanos. El mecanismo lesivo común fue la caída de bicicleta, impactando el manillar contra el abdomen, excepto en uno en el que el agente traumático fue la caída sobre una cadena tensada. En todos se practicó una ecografía y una TAC abdominales. En la ecografía el principal hallazgo fue líquido libre intraabdominal moderado, sin lesión de víscera maciza asociada; en la TAC, además, se apreciaron imágenes sugestivas de neumoperitoneo. Las perforaciones se hallaron en: yeyuno (2 casos), duodeno (1) e íleon (1). El tratamiento fue la resección de la zona perforada y anastomosis termino-terminal, excepto en el caso de perforación duodenal, en el que se realizó sutura monopiano. La evolución fue favorable con una media de hospitalización de 12 días.

**Conclusiones.** El perfil de paciente es un varón en edad escolar que se golpea el abdomen de forma brusca y contundente con un objeto romo: manillar de bicicleta. La zona afectada es el intestino delgado, especialmente yeyuno. La ecografía es orientativa, objetivando líquido libre intraabdominal. La TAC es fundamental para el diagnóstico, siendo el neumoperitoneo, inicialmente mínimo e indetectable en la radiografía simple, el principal hallazgo sugestivo de lesión de víscera hueca.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

**10. Instilación de azul de metileno guiado por TAC para localizar un nódulo pulmonar y permitir su resección mediante videotoracosopia.** Martínez Criado Y, Pérez Bertolez S, Juan Morcillo A, Jiménez Crespo V, Cabello Laureano R, De Agustín Asensio JC. *Hospital Virgen Del Rocío.*

**Objetivos.** La toracosopia es un procedimiento utilizado rutinariamente para exéresis de nódulos pulmonares. En ocasiones puede verse limitada por el tamaño del nódulo o su localización en profundidad. En nuestro caso, el uso combinado de técnicas radiológicas, permitieron el marcaje con azul de metileno, para localizar y reseccionar por videotoracosopia.

**Material y métodos.** Niño de 12 años, con antecedentes de nefrectomía por un sarcoma de células claras en 2007. Recidiva metastásica a nivel vertebral en 2008, requiriendo artrodesis de T9. El PEC-TAC de 2009, objetiva una lesión hipercaptante postero-basal de lóbulo inferior derecho, sugestiva de metástasis pulmonar. Por su localización periférica, aunque sin contacto íntimo con la pleura (a 3 mm) y su pequeño diámetro (7mm), se procede a punción de la misma, guiada por TAC y a la inyección de azul de metileno. Posteriormente se realiza resección toracoscópica de una cuña de 3x3x3 cm, incluyendo el nódulo con márgenes sanos, usando 3 puertos de 5mm y cámara de 30°. La visualización directa de la zona puncionada permitió localizar el nódulo y extirparlo. Al final de la intervención se extrajo el CO<sub>2</sub> sin dejar tubo de drenaje torácico.

**Resultados.** Postoperatorio favorable dándose el alta ese mismo día.

La anatomía patológica confirmó metástasis de sarcoma renal fusocelular.

**Conclusiones.** La videotoracosopia es una vía óptima para resección de metástasis únicas y periféricas, y el azul de metileno permite la localización de nódulos que no están en contacto íntimo con la pleura. Es una cirugía menos invasiva que la toracotomía, disminuyendo la morbilidad, el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria.

*Forma de presentación: Poster 5 min.*

## EXPOSICIÓN DE POSTERS - PANELES SALA VIVALDI

**1. Reconstrucción completa labial superior con colgajo submentoniano prelamado expandido.** Arana E, Collado JM, Pérez M, Lloret J, Barret JP. *Hospital Valle de Hebron.Barcelona.*

**Objetivos.** Paciente de quince años de edad con secuelas cicatriciales faciales por quemadura eléctrica a los quince meses, presentando ausencia completa de labio superior, blanco y rojo, con cicatrices adheridas, sinequia vestibular completa, a pesar de varios intentos de reconstrucción previos, que imposibilita la mímica y que expone toda la arcada dental superior.

**Material y métodos.** Realizamos reconstrucción labial superior según el siguiente proceso:

- Diseño de colgajo submentoniano prelamado con autoinjerto cutáneo de piel total en cara profunda del colgajo y colocación de expansor tisular subplatismal.
- Expansion tisular.
- Realización de colgajo submentoniano prelamado pediculado en arteria facial derecha para reconstrucción labial superior en sus tres capas (cutánea-muscular-mucosa).
- Autonomización colgajo submentoniano.
- Reconstrucción labio rojo con colgajo musculomucoso de arteria Facial-FAMM-.
- Recreación filtrum labial.

**Resultados.** Terminado el proceso quirúrgico se observa un resultado óptimo funcional y estético, con reconstrucción labial, tanto de labio rojo como blanco, completa, recreación del filtrum labial y mantenimiento del vestibulo labial superior.

La paciente y su entorno presentan un alto grado de satisfacción.

**Conclusiones.** La reconstrucción labial como consecuencia de quemaduras eléctricas en la infancia supone un reto reconstructivo para cualquier cirujano.

Todo procedimiento que se contemple realizar debería garantizar la reconstrucción de las tres capas del labio, una funcionalidad completa en la mímica facial y evitar la exposición de la arcada dental superior.

Consideramos que el colgajo submentoniano prelamina-  
do nos garantiza un aporte tisular adecuado y, tras varios  
procedimientos quirúrgicos, un resultado final, tanto funcio-  
nal como estético, satisfactorio para el paciente y su ciruja-  
no.

*Forma de presentación: Poster.*

- 2. Colgajo músculo-mucoso facial en la reconstrucción de  
secuela de fisura palatina.** Tardaguila Calvo AR, Gonzá-  
lez Meli B, Berenguer Frohner B, Marín Molina, Corona  
Bellostas C, Zornoza Moreno M, Rojo Díez R, Carrera Gue-  
meur N, De Tomás, Palacios E. *Hospital Infantil Gregorio  
Marañón.*

**Objetivos.** Valorar la utilidad del colgajo músculomucoso  
facial (FAMM) en la cobertura de comunicación nasobucal  
como secuela de fisura palatina en niños.

**Material y métodos.** Presentamos dos casos de secuelas  
de fisura labio-palatina tratados mediante este colgajo.

**Resultados.**

- Niña de 7 años con fisura labio-palatina derecha comple-  
ta, intervenida en otro centro. Presenta fisura residual alveo-  
lar y fístula palatina anterior grande, con importante reper-  
cusión clínica. Se decidió realizar cierre con colgajo FAMM.  
Se disecó un colgajo músculomucoso de base proximal,  
centrado en la arteria facial con el que se cubrió la fístula  
completamente. En el postoperatorio inmediato se produ-  
jo pérdida parcial distal del colgajo, sin repercusión clíni-  
ca, que no precisó intervención.
- Niño de 5 años nacido con fisura labio-palatina izquierda  
completa. Se intervino en varios tiempos, utilizando un col-  
gajo de vómer para la reconstrucción de la fisura alveo-  
lar. Presentó dehiscencia parcial del colgajo con fístula pala-  
tina anterior de gran tamaño y fístula nasoalveolar. Se deci-  
dió cierre mediante colgajo FAMM de base superior. Post-  
operatorio cursó sin incidencias.

En la actualidad ambas fístulas se encuentran completa-  
mente cerradas, estando los pacientes asintomáticos.

**Conclusiones.** El colgajo músculomucoso de arteria facial  
supone una opción fiable para la reparación de fístulas palati-  
nas de gran tamaño, especialmente recidivas en las que han  
fallado los colgajos locales.

Su eje centrado en la arteria facial y su componente muco-  
so lo convierten en una opción segura y anatómica para la  
reconstrucción intraoral.

Está especialmente indicado en niños, dada su escasa reper-  
cusión en la zona donante y su grosor menor de 2 cm.

*Forma de presentación: Poster.*

- 3. Reconstrucción de pared abdominal en paciente con  
pentalogía de Cantrell.** Jiménez V, Maraví A, Delgado L,  
Morcillo J, Gómez Cía M, De Agustín JC. *Hospital Infan-  
til Virgen del Rocío.*

**Objetivos.** Presentar un caso de varón de 18 años con Pen-  
talogía de Cantrell diagnosticada al nacimiento e intervenida  
el primer día de vida que acude para plantear remodelación de  
un gran defecto abdominal con eventración

**Material y métodos.** La patología de nuestro paciente con-  
sistía en agenesia parcial del esternón y xifoides, hernia dia-  
fragmática, ectopia cordis, canal pericardicoperitoneal, ductos  
arteriosos persistente y onfalocele; intervenido el primer día de  
vida: reconstrucción de pericardio con peritoneo parietal, inter-  
posición del lóbulo hepático izquierdo para cubrir el defecto  
diafragmático y cobertura del defecto de pared abdominal con  
piel. Buena evolución clínica. A la edad de 18 acude para plan-  
tear remodelación. Con pruebas de imagen se aprecia despla-  
zamiento del corazón a la derecha. Previamente a la cirugía son  
discutidas conjuntamente con cirugía plástica las alternativas  
y riesgos que supone la cirugía.

**Resultados.** La Pentalogía de Cantrell es un defecto con-  
génito, que se caracteriza por defecto de pared abdominal,  
ausencia de pericardio, hendidura esternal, ectopia del corazón  
y falta de diafragma. Puede asociarse a Tetralogía de Fallot,  
onfalocele y trisomias 13, 18 y 21.

Su etiología es desconocida, incidencia de 5,5 por millón  
de nacidos vivos, más frecuente en sexo masculino.

El pronóstico depende principalmente de la severidad de  
las malformaciones cardíacas.

Hay descritos en la literatura 153 casos. Jaime F. Vázquez-  
Jiménez et al., revisan en 1998 los casos descritos hasta enton-  
ces haciendo un análisis de las malformaciones presentes en  
ellos.

**Conclusiones.** Es intervenido con buen resultado estético  
y funcional, en la actualidad se encuentra asintomático y rea-  
liza vida normal.

*Forma de presentación: Poster.*

- 4. Primeros resultados en el manejo de quemaduras con  
apósito antimicrobiano de plata y tecnología Safetac.**  
Paredes Estaban R, Gómez Beltrán O, Garrido Pérez JI,  
Vargas Cruz V, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor C, Ayala  
Montoro J. *Hospital Universitario Reina Sofía de Córdo-  
ba. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica.*

**Objetivos.** El empleo de apósitos antimicrobianos impre-  
gandos con plata constituye una alternativa segura en el trata-  
miento de las quemaduras. Sin embargo, el manejo de dichos  
apósitos es a veces complejo y molesto para el paciente y el  
profesional. Presentamos nuestros primeros resultados en el  
empleo de un apósito antimicrobiano con plata, carbón y tec-  
nología Safetac.

**Material y métodos.** Aplicamos el apósito en el trata-  
miento de 10 pacientes con quemaduras de segundo y ter-  
cer grado, tanto en el manejo intrahospitalario, como en régi-  
men ambulatorio. Los cambios de apósito se efectuaron cada  
5 días, la mayoría de los casos no precisaron anestesia ni  
ingreso.

**Resultados.** El uso de los apósitos antimicrobianos de plata y tecnología Safetac, permitió una epitelización rápida de las quemaduras y en ningún caso se presentó sobreinfección de las mismas. El cambio de apósitos no generó traumatismo sobre la piel perilesional ni dolor para el paciente. Presentó mayor comodidad de manejo dada su capacidad autoadhesiva, las buenas propiedades de control de exudado y la ventaja de no requerir mantener un ambiente húmedo continuo y como consecuencia menor manipulación.

**Conclusiones.** Los apósitos descritos suponen una buena alternativa en el tratamiento de pacientes que precisan la utilización de plata como antimicrobiano, especialmente por su facilidad en el manejo, comodidad y efectividad.

*Forma de presentación: Poster.*

**5. Cobertura cutánea del pulpejo.** García N, Tirado M, Aguilera JJ, Martínez ML, Galiano EJ. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.*

**Objetivos.** Las lesiones del pulpejo de la mano en niños son una de las urgencias más frecuentes en Cirugía Pediátrica, suelen afectar a varones menores de 5 años en el dedo medio de la mano derecha. El pulpejo tiene una gran sensibilidad y resistencia a la deformidad, aspectos importantes para la función de pinza y prensión de los dedos. El objetivo es presentar diferentes técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de amputaciones y aplastamientos distales.

**Material y métodos.** Se presentan las principales técnicas quirúrgicas de reparación de pulpejo: cicatrización dirigida, cobertura del pulpejo con la parte distal amputada (*cap-plasty*) o injerto libre de piel. En cuanto a los colgajos, pueden ser homodigitales, como el colgajo avance (isla o rotación), colgajo en isla con flujo inverso y los colgajos V-Y volar o lateral; o heterodigitales, como el colgajo en isla hemipulpar, el cross-finger y el colgajo de eminencia tenar.

**Resultados.** Presentamos el caso clínico de un colgajo V-Y lateral en una paciente que presentó necrosis distal tras un *cap-plasty* y un segundo caso de colgajo de eminencia tenar en una paciente con amputación total distal del 2º dedo con exposición ósea. En ambos casos se consiguió un buen resultado funcional y estético.

**Conclusiones.** Los aspectos más importantes del tratamiento del aplastamiento o amputación distal de un dedo son preservar la mayor longitud posible proporcionando una cobertura adecuada con la menor morbilidad.

*Forma de presentación: Poster.*

**6. Anquiloglosia: esa pequeña gran desconocida.** Briz Manzanares J, Díaz Gómez L. *Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.*

**Objetivos.** Llamar la atención sobre la anquiloglosia tipo 4 (sin frenillo), minusvalorado problema que afecta a gran can-

tidad de bebés y madres lactantes quienes, desesperadas, tienen que buscar soluciones alternativas (foros de internet, asesoras de lactancia...) por el poco apoyo y comprensión que encuentran en cirujanos y pediatras.

**Material y métodos.** Presentamos nuestra experiencia en los últimos 200 casos. La técnica es tan sencilla y rápida como en el resto de frenillos, seccionando con bisturí eléctrico en anchura y profundidad todo lo que nos permitan las venas raninas, por encima de los orificios de Wharton. No se sutura, pero es imprescindible la colaboración de los padres con dilataciones diarias durante dos meses para evitar la recidiva.

**Resultados.** A corto y medio plazo (algunos tras más de 2 años de seguimiento) los resultados son buenos en la gran mayoría de los casos registrados, con enorme satisfacción de las madres que vuelven a lactar sin molestias entre una hora y una semana después de la intervención, curando rápidamente sus mastitis recidivantes.

**Conclusiones.** Una sencilla intervención ambulante y su correcto manejo posterior resuelven las severas alteraciones de succión, y previenen dislalias y problemas de ortodoncia.

*Forma de presentación: Poster.*

**7. Tratamiento con propranolol en el hemangioma subglótico. Reporte de un caso.** Coloma R, Escobar P, Payahuala N Casanueva F, Santa María F. *Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Chile.*

**Objetivos.** Describir la presentación del Hemangioma Subglótico como causa de estridor en el menor de tres meses y evaluar el resultado del tratamiento con propranolol. A propósito de un caso.

**Material y métodos.** Lactante de sexo masculino que al mes de edad es hospitalizado por primera vez por un cuadro de Estridor Laríngeo y dificultad respiratoria que requiere ventilación mecánica (VM). Tiene dos hospitalizaciones posteriores, el estridor se torna bifásico y se inicia estudio. La nasolaringoscopia muestra inicialmente edema sub-glótico. Por dificultad respiratoria progresiva requiere nuevamente VM. Se realiza nueva nasolaringoscopia que muestra hemangioma subglótico, que ocupa aproximadamente el 70% del lumen confirmando el diagnóstico con un Angio-TAC. Se inicia tratamiento con propranolol 1 mg/kg cada 8 horas.

**Resultados.** A las 48 horas de tratamiento se observa una reducción de un 50% del tamaño del hemangioma y a la semana un 75%. Actualmente en excelentes condiciones, sin estridor laríngeo, sin dificultad respiratoria

**Conclusiones.** El HSG corresponde al 1,5% de las anomalías congénitas de la laringe. En 50% de los pacientes se asocian hemangiomas cutáneos El diagnóstico es difícil y se debe visualizar la lesión con nasolaringoscopia lo que permite además el seguimiento de la misma. No hay consenso en el tratamiento. Se han propuesto tratamientos con corticoides y extracción quirúrgica sin buenos resultados. Recientes estudios muestran la eficacia del uso de propranolol, controlando la fase de

crecimiento de los hemangiomas al producir vasoconstricción (menor expresión de los genes del factor de crecimiento del endotelio vascular y del factor de crecimiento fibroblástico básico)

*Forma de presentación: Poster.*

#### 8. **Bridas amnióticas: amputación urgente en el neonato.**

San Vicente B, Berenguer A, Domingo M, Fanjul M, Brun N, Sánchez B, Bardají C, Obiols P. *Corporación Sanitaria Parc Taulí.*

**Objetivos.** La brida amniótica es una anomalía congénita producida por la ruptura prematura del amnios con formación de bandas que comprimen las estructuras fetales. Se presenta clínicamente como una disrupción en el crecimiento de la zona comprometida: anillos de constricción, amputaciones digitales, asimétricas y pseudosindactilias.

Presentamos un caso que fue necesaria la amputación urgente de parte de una extremidad en un recién nacido sin diagnóstico prenatal, debido a una brida amniótica visible en el amnios en el momento del parto.

**Material y métodos.** Recién nacido a término con ecografías fetales normales que durante el parto se observa extremidad derecha inferior con signos de isquemia irreversible y leve atrofia distal. A la altura del tobillo marca de brida amniótica todavía presente en la placenta.

Se realiza amputación urgente en el quirófano de la Unidad Neonatal con buen curso evolutivo estando el paciente al 5º día en su domicilio.

**Resultados.** Las anomalías anatómicas más comunes son anillos de constricción en los miembros y amputaciones en los dedos. En este caso la disrupción había provocado isquemia irreversible de la extremidad haciendo que la amputación se realizara de forma urgente en cuna térmica dentro de la misma Unidad Neonatal.

**Conclusiones.** Aunque la incidencia de bridas amnióticas es muy baja: de 1 en 2.000 - 1 en 15.000 recién nacidos vivos y el diagnóstico prenatal solo se realiza entre un 29-50% de los casos hay que tener presente que la secuencia de ADAM (deformidad, adhesión, mutilación) puede ser necesaria completarla en el momento del nacimiento.

*Forma de presentación: Poster.*

#### 9. **Íleo paralítico en un neonato por ingesta de hinojo.** Sánchez F, Tirado M, Argos MD, Pérez J, Primelles A. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.*

**Objetivos.** El íleo paralítico es una obstrucción intestinal funcional que puede estar provocada por numerosas causas, siendo una de las más frecuentes la cirugía abdominal previa. También puede ser secundario a la irritación peritoneal por otros motivos. Entre las causas extraabdominales, destacan las infecciones, los desequilibrios electrolíticos y el uso de ciertos

fármacos o sustancias. Existen causas menos frecuentes y desconocidas como la ingesta de productos vegetales usados tradicionalmente en lactantes para aliviar los cólicos. Presentamos un caso clínico de íleo paralítico por esta última causa.

**Material y métodos.** Ingresa en nuestro centro una paciente de 10 días de vida sin antecedentes personales de interés por vómitos, distensión abdominal y ausencia de deposiciones de dos días de evolución. Clínicamente bien, buena hidratación, abdomen distendido, blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal y sin ruidos peristálticos. El hemograma es normal y el estudio radiológico muestra dilatación generalizada de asas de intestino delgado y grueso con presencia de gas distal.

**Resultados.** En la exhaustiva anamnesis realizada, el único dato de interés es la ingesta de infusiones preparadas con hinojo. Dado este antecedente y el buen estado general, se decide manejo conservador (dieta absoluta, sonda nasogástrica y sueroterapia). La evolución clínica es favorable, por lo que es dada de alta a los 4 días de su ingreso.

**Conclusiones.** Las sustancias vegetales utilizadas tradicionalmente en lactantes (anís estrellado, hinojo) pueden resultar tóxicas. Es fundamental una completa anamnesis para descartar esta etiología ante cualquier tipo de intoxicación en un lactante.

*Forma de presentación: Poster.*

#### 10. **Síndrome de Becwith-Wiedemann apresentando-se com encerramento tardio da parede abdominal e invaginação intestinal neonatal.** Pereira J, Moreira-Pinto J, Osório A, Ribeiro Castro J, Enes C, Céu Mota M. *Centro Hospitalar do Porto - Unidade Maria Pia.*

**Objetivos.** Apresentamos o caso extremamente raro de um recém-nascido do sexo masculino com síndrome de Becwith-Wiedemann manifestando-se com encerramento tardio da parede abdominal e invaginação intestinal neonatal.

**Material y métodos.** Trata-se de um recém-nascido de 38 semanas de gestação, com peso ao nascer de 3720 g. A ecografia pré-natal realizada as 12 semanas revelou onfalocelo, tendo-se verificado encerramento espontâneo do mesmo em ecografia subsequente realizada as 15 semanas. Não foi identificado polihidrâmnios no decorrer da gestação.

**Resultados.** Após o início da alimentação o recém-nascido apresentou vários episódios de vómitos, inicialmente alimentares e posteriormente biliares. Foi efectuada radiografia abdominal simples que revelou sinais de obstrução intestinal alta. O doente foi transferido para o nosso hospital e submetido a laparotomia de emergência na qual foi identificada invaginação jejunal. Foi efectuada enterectomia segmentar e anastomose jejuno-jejunal primaria.

No período pós-operatório alguns achados físicos subtis tornaram-se proeminentes, nomeadamente a presença de um hemangioma plano da região frontal, indentações da hélix posterior, um facies característico e macroglossia. O diagnóstico de Síndrome de Beckwith-Wiedemann foi considerado e exa-

mes suplementares requisitados. O ecocardiograma revelou foramen oval patente con un pequeno shunt E-D e a ecografía abdominal revelou hiperplasia renal. O estudo genético mostrou hipometilación da região DMR2 (KCNQ10T1) do cromosoma 11p15, consistente con o diagnóstico de Síndrome de Beckwith-Wiedemann.

**Conclusiones.** Efectuamos una revisión da literatura, não se encontrando nenhum relato de invaginación intestinal num doente con Síndrome de Beckwith-Wiedemann, nem de encerramento espontáneo de onfalocelo no mesmo caso, pelo que consideramos que este e o primeiro caso relatado de ambos.

*Forma de presentación: Poster.*

**11. Hemangioendotelioma kaposiforme y angioblastoma: presentación como hernia lumbar neonatal.** Vargas Cruz V, Vázquez Rueda F, Lasso Betancor CE, Granero Cendón R, Ruiz Hierro C, Gómez Beltrán O. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.*

**Objetivos.** El Hemangioendotelioma kaposiforme es excepcional y exclusivamente afecta a niños. Suele localizarse en el retroperitoneo; pudiendo afectar a piel. El Angioblastoma aparece el primer año de vida, aunque un 15% está presente al nacimiento. Ambos comparten histologías similares y se piensa que son variantes de una misma entidad.

**Material y métodos.** Neonato de 15 días con tumoración lumbar derecha, sospechosa de hernia lumbar, presente al nacimiento, que ha ido aumentando de tamaño y cambiando de coloración.

Se objetiva tumoración indurada de aproximadamente 2 cm x 8 cm x 7 cm de coloración eritematoviolácea.

Las pruebas de imagen muestran una lesión de límites mal definidos, que infiltra y está en relación con herniación de grasa intraabdominal a través de un defecto de 8mm en el triángulo de Petit. Los hallazgos sugieren lipoblastomatosis vs lipoblastoma y se recomienda biopsia. Los estudios analíticos preoperatorios fueron normales.

**Resultados.** Se realiza biopsia de la lesión que infiltra todos los planos. En el postoperatorio precisa trasfusión de hemoderivados por anemia.

Los resultados anatomopatológicos muestran un tumor vascular híbrido compuesto de áreas de hemangioma en penacho y de hemangioendotelioma kaposiforme.

Inicia tratamiento con corticoides orales con buena respuesta y sin complicaciones posteriores. Los controles analíticos son normales, exceptuando elevación del Dímero-D con tendencia progresiva al descenso.

**Conclusiones.** Dentro de los tumores vasculares el HEK y el Angioblastoma ocupan un lugar importante, no por su frecuencia, ya que ambos son excepcionales sino por su agresividad y posibilidad de provocar el fenómeno de Kassabach-Merritt que se asocia a una elevada mortalidad.

*Forma de presentación: Poster.*

**12. Atresia intestinal adquirida: un nuevo caso.** Carrera Guermur N, Cerdá Berrocal JA, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo A, Zornoza Moreno M, Cañizo López A, García-Casillas Sánchez MA, Peláez Mata D, Molina Hernando ME. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

**Objetivos.** La atresia intestinal se considera clásicamente congénita. Se han descrito varios casos de atresia intestinal adquirida (AIA). Presentamos un nuevo caso de atresia ileal adquirida.

**Material y métodos.** Paciente de 31 días de vida, prematuro (31 semanas de edad gestacional), con hernia inguinal izquierda y umbilical, que desarrolla un cuadro sospecho de enterocolitis necrotizante sin indicación quirúrgica. Realizó deposición diariamente, tolerando oralmente el 50% de sus necesidades. Ante una distensión abdominal progresiva, disminución de las deposiciones e imposibilidad de progresión de la nutrición enteral, con distensión generalizada de asas en la radiografía, se realizó una laparotomía exploradora al trigésimosegundo día de vida. Se encontró isquemia parcheada en yeyuno-íleon, hernia umbilical encarcerada, síndrome adherencial severo, tras la liberación de cual se halló una atresia ileal de cabos separados con brecha mesentérica (tipo III-a). Se realizó adhesiolisis e ileostomía en cañón de escopeta.

**Resultados.** En el postoperatorio presentó numerosas complicaciones, que, junto a una hepatopatía severa secundaria a la nutrición parenteral derivó en una coagulopatía refractaria al tratamiento médico y quirúrgico, produciéndose la muerte por shock hemorrágico.

**Conclusiones.** La AIA debe tenerse en mente ante un paciente con sintomatología súbita de obstrucción intestinal con un posible mecanismo desencadenante de AIA (enterocolitis necrotizante y síndrome adherencial en nuestro paciente), para evitar las complicaciones derivadas de un diagnóstico tardío.

*Forma de presentación: Poster.*

**13. Dilatación segmentaria de ciego de presentación neonatal.** Carrera Guermur N, Peláez Mata D, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo A, Zornoza Moreno M, Cañizo López A, García-Casillas Sánchez MA, Molina Hernando ME, Cerdá Berrocal JA. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

**Objetivos.** La dilatación segmentaria intestinal produce un cuadro obstructivo o pseudoobstructivo sin causa intrínseca o extrínseca evidente, con normalidad de los plexos nerviosos. La presentación neonatal y la afectación del ciego son excepcionales.

**Material y métodos.** Neonato de 35 semanas de edad gestacional que presentó distensión abdominal y vómitos biliosos el primer día de vida, con meconiorrexis escasa tras estimulación. Se realizaron radiografía abdominal (dilatación de asas), enema opaco (dilatación de colon transversal y ciego sin clara

zona transicional) y manometría anorrectal (normal). La tolerancia alimentaria posterior fue satisfactoria, realizando deposiciones normales con estimulación. Al 5º día de vida presentó empeoramiento del estado general, dolor, distensión abdominal y vómitos biliosos, visualizándose neumoperitoneo en la radiografía. Se realizó laparotomía urgente evidenciando una peritonitis fecaloidea asociada a una importante dilatación aislada de ciego con múltiples perforaciones. No se encontró causa obstructiva intrínseca ni extrínseca distal. Se realizó hemicolectomía derecha e ileostomía terminal.

**Resultados.** El estudio de la pieza evidenció fibrosis, edema y congestión vascular de submucosa y serosa, encontrándose plexos nerviosos maduros normales. La reconstrucción del tránsito intestinal se realizó a los 7 meses, con un postoperatorio sin incidencias.

**Conclusiones.** La dilatación segmentaria intestinal congénita debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal en el paciente pediátrico incluso en el período neonatal porque, aunque excepcionalmente, puede ser causa de perforación intestinal. Especial atención debe prestarse al diagnóstico diferencial con la enfermedad de Hirschsprung. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **14. Displasia capilar alveolar asociadas a anomalías gastrointestinalmente en gemelos recién nacidos. Presentación de un caso.** Leal R, Castañón M, Muñoz E, Prat J, Palazón P, Martín O, Ribó JM. *Hospital Sant Joan de Déu Esplugues.*

**Objetivos.** La displasia alveolar congénita (ACD) es una causa rara de hipertensión pulmonar persistente irreversible del recién nacido (PPHN) con un 100% de mortalidad, y en muchos casos se asocia a anomalías congénitas, como las cardiovasculares, genitourinarias o gastrointestinales. Se presentan dos neonatos gemelos con ACD asociado con anomalías gastrointestinales.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los casos. Resultados principales (revisión del caso):

Recién nacidas gemelares que fueron trasladadas a nuestro hospital a los cuatro días de vida con diagnóstico de sepsis neonatal y dificultad respiratoria. Prematuridad de 36 SDG. Apgar 9/9/10. Sin anomalías en la ecografía prenatal. Una de las gemelas, fue sometida a cirugía en el hospital de origen en el primer día de vida por atresia duodenal (páncreas anular) y estenosis del colon. En una de las pacientes se realizó el diagnóstico de hipertensión pulmonar que requirió tratamiento con óxido nítrico y ventilación de alta frecuencia, sin mejoría por lo que se instauró la terapia con ECMO, siendo refractaria al tratamiento. Ante la sospecha de displasia capilar alveolar congénita se realizó la biopsia pulmonar que la confirma. La otra gemela presentó hipertensión pulmonar refractaria. Descartándose la terapia con ECMO. Las dos pacientes son éxitos tres

días después. La necropsia confirma ACD y malrotación intestinal

**Resultados.** Las dos pacientes son éxitos tres días después. La necropsia confirma ACD y malrotación intestinal

**Conclusiones.** La presencia de hipertensión pulmonar neonatal persistente asociado a anomalías debería aumentar un alto índice de sospecha de ACD.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **15. Atresia ileal asociada a Hirschsprung colónico total.** Martínez Criado Y, Aspiazu Salinas D, Moya Jiménez MJ, Gracia A, Cabrera R, De Agustín Asensio JC. *Hospital Virgen Del Rocío.*

**Objetivos.** La asociación de atresia ileal (AI) con Enfermedad de Hirschsprung (EH) es excepcional. La AI es corregida al nacimiento, pero la EH puede pasar inadvertida, diagnosticándose tardíamente tras múltiples intervenciones como en este caso.

**Material y métodos.** Niña de 40 semanas, que comenzó con vómitos biliosos, distensión abdominal y ausencia de expulsión de meconio a las 30 horas. Se observó neumoperitoneo en la radiografía, realizándose laparotomía que mostró una AI tipo IIIA, reseccándose 15 cm. A los dos meses, un vólvulo ileal, obligó a reseccionar 45 cm ileales. Tras 48 horas, se reintervino por estenosis de la ostomía, realizándose un Santulli. Al comenzar con la oclusión temporal de la ostomía, empezó con distensión abdominal, débito bilioso por la sonda nasogástrica y sin deposición espontánea. Sin embargo, el enema de gastrografín mostró paso adecuado por la anastomosis y microcolon. Se decidió reconstruir el tránsito, primero con anastomosis lateroterminal, y posteriormente terminoterminal, continuando con mal funcionamiento. La manometría anorrectal con biopsia confirmó EH concomitante.

**Resultados.** A los 5 meses múltiples resecciones intestinales provocaron un intestino ultracorto, haciendo necesario un Bianchi, con ileostomía terminal y pancolectomía por EH.

**Conclusiones.** En pacientes con AI corregida al nacimiento, con mal funcionamiento tras reconstrucción del tránsito y con persistencia de microcolon, debe realizarse manometría anorrectal con biopsia para descartar EH asociada.

La biopsia colónica al corregir la AI en el período neonatal, permitiría un diagnóstico y tratamiento efectivo precoz, evitando múltiples intervenciones que incrementan la morbilidad, y pueden provocar un intestino ultracorto que precise de enteroplastias como el Bianchi.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **16. Linfangioma multiquístico mesentérico. Debut neonatal.** Tardáguila Calvo AR, Peláez Mata D, Rivas Vila S, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M, Carrera Guemur N, Rojo Díez R, Cerdá Berrocal JA, Del Cañizo Lopez A, García-Casillas Sanchez MA, Molina Hernando E. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón.*

**Objetivos.** Los linfangiomas quísticos mesentéricos son malformaciones linfáticas infrecuentes y la mayoría asintomáticas. A pesar de su carácter congénito, muy pocos casos se diagnostican prenatalmente.

**Material y métodos.** Caso clínico

**Resultados.** Neonato varón diagnosticado de atresia yeyunal en la semana 33 de gestación. En la radiografía abdominal al nacimiento se apreció una distribución de aire normal, siendo el enema opaco asimismo normal. A las 48 horas inició un cuadro de distensión abdominal progresiva y aspiración biliar. Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se realizó laparotomía. El principal hallazgo fue una formación multiquística de contenido seroso en el borde mesentérico del yeyuno e ileon afectando un segmento mayor de 30 cm. Dada la localización proximal y la gran longitud de intestino afecto se decidió no resear, tomándose biopsias. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de linfangioma multiquístico.

En el postoperatorio evolucionó de forma satisfactoria, permaneciendo asintomático hasta la fecha actual (9 meses), siendo la alimentación y desarrollo ponderoestatural normal. La lesión se mantiene estable ecográficamente.

**Conclusiones.**

- Los linfangiomas mesentéricos multiquísticos excepcionalmente se manifiestan al nacimiento. El diagnóstico prenatal de atresia no coincidente con la radiología y la clínica pueden hacer sospechar su existencia.
- Aunque el tratamiento quirúrgico (excisión completa) es curativo, una actitud conservadora y controles ecográficos seriados es una opción válida en neonatos asintomáticos con gran longitud de intestino afectado, como en nuestro caso.
- Desconocemos la verdadera evolución del paciente, dado el escaso número de pacientes descritos en la literatura con debut neonatal y el tratamiento quirúrgico de todos ellos.

*Forma de presentación: Poster.*

**17. Manejo mínimamente invasivo de la migración de un catéter de derivación vésico-amniótico en un paciente con válvulas de uretra posterior.** Moreno C, Fuentes S, Morante R, González M, Cano I, López M, García A, Benavent M, Gómez A. Hospital 12 de Octubre.

**Objetivos.** Las válvulas de uretra posterior (VUP) constituyen la causa más frecuente de obstrucción del tracto urinario inferior en el varón. Ante determinadas situaciones se pueden practicar intervenciones fetales, siendo la técnica descompresiva mediante shunt vésico-amniótico la más utilizada. Presentamos un caso de VUP tratado mediante shunt vésico amniótico que migró hacia el abdomen.

**Material y métodos.** Revisión bibliográfica.

**Resultados.** Paciente con diagnóstico prenatal de VUP con factores de mal pronóstico. Se colocó shunt entre vejiga y cavidad amniótica, migrando al abdomen, por lo que coloca nuevo shunt a las 29ª semana. En la CUMS muestra las VUP y

escape de contraste a cavidad abdominal. Se realizó laparoscopia donde se observó cómo el catéter se había introducido dentro de la pared intestinal. Se retiró el catéter y se suturó la perforación vesical y a nivel de la pared intestinal. Al 1'5 mes, se resecan válvulas mediante corte eléctrico por cistoscopia. A los 7'5 meses de vida, se ha realizado una herniorrafia inguinal laparoscópica, encontrando una cavidad abdominal libre de adherencias y sin signos de la intervención previa.

**Conclusiones.** La colocación de un shunt vésico amniótico tiene un 45% de complicaciones, siendo la migración del catéter una de las más comunes. La cirugía intra-útero, deben evaluarse con mucha precaución, ya que a pesar de que aumenten la supervivencia pueden incrementar la morbilidad. El abordaje laparoscópico en este paciente, nos sirvió para una visualización clara de la complicación y una resolución en el mismo tiempo, con una morbilidad postoperatoria mínima.

*Forma de presentación: Poster.*

**18. Torsión testicular intrauterina, a propósito de un caso.** Rial Asorey SM, Vargas Uribe MC, Hernández Bermejo JP. Hospital Universitario de Sta Lucía, Cartagena, Murcia

**Objetivos.** La torsión testicular puede producirse en la vida fetal o en el recién nacido siendo una patología poco frecuente.

Dada la baja frecuencia de la torsión testicular in útero y la escasez de publicaciones en nuestro medio, consideramos importante mostrar nuestra experiencia.

**Material y métodos.** Recién nacido de término, de 40 semanas de gestación, que al examen físico post parto se encuentra un testículo derecho de consistencia pétreo e hidrocele izquierdo. Se le realizó ecografía doppler color, que sugiere el diagnóstico de torsión testicular in útero. Posteriormente, es intervenido realizando una orquiectomía sin fijación testicular contralateral por el hidrocele izquierdo y se envía pieza quirúrgica a anatomía patológica.

**Resultados.** La evolución en el post operatorio inmediata y tardía fue buena

**Conclusiones.** En la torsión testicular intraútero es muy infrecuente. Salvar el testículo afectado es muy difícil, su manejo adecuado y a tiempo permite la viabilidad del testículo contralateral.

*Forma de presentación: Poster.*

**19. ¿Uraco, fístula? o ¿persistencia de alantoides? A propósito de un caso.** Rial Asorey SM, Vargas Uribe MC, Llorreda García JM, Hernández Bermejo JP. Hospital Universitario de Sta. Lucía, Cartagena, Murcia

**Objetivos.** Demostrar la baja frecuencia de aparición y el gran tamaño de la malformación. El uraco persistente es la persistencia de la comunicación entre la vejiga y el ombligo, y corresponde al 50% de las anomalías uracales. El signo clínico principal es la salida de orina por el ombligo.

Las anomalías congénitas del uraco se observan aproximadamente 1/330.000 recién nacidos vivos.

Para entender estas anomalías es importante conocer la embriología normal del uraco.

La persistencia total o parcial de este conducto resultará en las diferentes formas de patología uracal

**Material y métodos.** Se presenta el caso de un varón recién nacido a término de 40 Semanas de gestación, que presenta tumoración en la base del ombligo con ostoma de gran tamaño, del cual sale orina. El diagnóstico fue confirmado con ecografía, la uretrocistografía en este caso demostró la total comunicación con la vejiga.

**Resultados.** El tratamiento consistió en la extirpación quirúrgica del remanente uracal. Con buena evolución del paciente.

**Conclusiones.** En los recién nacidos normales y sin patología uracal, es posible visualizar el remanente uracal en la ecografía, donde aparece como una estructura tubular hipoeocogénica que comunica la cúpula vesical con el ombligo. Normalmente involuciona en los primeros seis meses de vida, después de lo cual sólo persiste una pequeña estructura fusiforme a nivel del techo vesical. Pero es raro la presencia de un uraco de boca ancha abierta a la pared abdominal, presentando la discusión de diagnóstico entre un uraco remanente, una fístula onfalo vesical, o una persistencia de alantoides.

*Forma de presentación: Poster.*

## 20. Vaginoplastia com cólon sigmóide no síndrome de Mayer-Rokitansky. Cidade-Rodrigues, Pereira J, Moreira-Pinto J, Osório A, Fernandes E, Enes C, Ribeiro-Castro J. Centro Hospitalar do Porto - Unidade Maria Pia

**Objetivos.** O síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hausser (MRKH) caracteriza-se por aplasia congénita do útero de da parte superior da vagina, em mulheres que apresentam genitais externos normais, normal desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, ovários funcionais e um cariótipo 46, XX. O objetivo deste estudo é avaliar os resultados anatómicos e funcionais da vaginoplastia com cólon sigmóide em 4 doentes com o síndrome MRKH.

**Material y métodos.** O diagnóstico foi efectuado através de examen físico, estudo hormonal, cariótipo, ecografía abdomino-pélvica e/ou ressonância magnética. Em todos os casos foi efectuada celioscopia diagnóstica devido aos exames imagiológicos terem sido inconclusivos. Uma técnica combinada abdomino-perineal foi efectuada pela mesma equipa cirúrgica.

**Resultados.** Uma doente apresentava anomalias renais e auditivas associadas. Foi efectuada excisão dos remanescentes uterinos e vaginoplastia com cólon sigmóide numa idade média de 17 anos. As complicações pós-operatórias imediatas incluíam uma trombose venosa profunda e uma infecção superficial da ferida operatória. O tempo médio de follow-up foi de 24 meses e após os três meses de dilatação do protocolo todas as doentes tinham uma vida sexual activa e satisfatória (sucesso anatómico e funcional). Não foram relatadas queixas de dis-

pareunia significativa, nenhuma necessitou de lubrificação externa e o excesso de produção de muco foi limitado aos primeiros dois meses de pós-operatório.

**Conclusiones.** A vaginoplastia com colon sigmóide é um procedimento eficaz na agenesia vaginal pois permite a criação de uma neovagina autolubrificada com comprimento suficiente o que obvia a necessidade de dilatações repetidas. A reconstrução durante a adolescência é favorecida pelas excelentes condições locais devendo ser associada a apoio psicológico adequado.

*Forma de presentación: Poster.*

## 21. Síndrome de Rokitansky y vaginoplastia con colgajos Málaga. Aguilera JJ, Tirado M, Martínez ML, García N, Galiano EJ. Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.

**Objetivos.** El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hausser se define como la ausencia o hipoplasia de estructuras derivadas de los conductos Mülllerianos (útero y los dos tercios superiores de vagina). Tiene una incidencia de 1:4000-10000 recién nacidas. El cariotipo es XX, los caracteres sexuales son femeninos y la función ovárica es normal. Suele presentarse como amenorrea primaria, también como dolor abdominal cíclico, dificultad para mantener relaciones sexuales o como abdomen agudo. El objetivo es presentar dos casos clínicos y describir la vaginoplastia con colgajos perineales.

**Material y métodos.** Nuestra primera paciente consultó por dolor abdominal de dos años de evolución que iban aumentando de intensidad, por lo que se decidió laparoscopia exploradora. La segunda fue diagnosticada al nacimiento de malformación anorrectal, atrofia vesical y agenesia vaginal. Ambas presentan ausencia de vagina.

**Resultados.** La primera paciente está pendiente de vaginoplastia y en la segunda, se realizó una vaginoplastia con colgajos tipo Málaga, técnica que se basa en colgajos perineales dependientes de la arteria labial posterior que se tubulizan y se introducen en la cavidad vaginal. Tras la cirugía, son necesarias dilataciones vaginales para obtener un buen resultado.

**Conclusiones.** Las consecuencias del síndrome de Rokitansky son la incapacidad para mantener relaciones sexuales y la imposibilidad de embarazo, lo que supone un fuerte shock psicoemocional en la paciente, a la que podemos ofrecer la formación una neovagina y la posibilidad del embarazo de sustitución.

*Forma de presentación: Poster.*

## 22. Displasia renal quísticaunilocular. Amat Valero S, Blesa Sánchez E, Moreno Hurtado C, Enríquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R, Cavaco Fernandes R. Hospital Universitario Materno Infantil. Servicio Cirugía Pediátrica. SES. UEX Badajoz. Grupo de investigación en pediatría PAIDOS (CTS019).

**Objetivos.** La obstrucción total de la vía urinaria superior en el feto suele ser causa de displasia renal multiquística, cuyas características ecográficas, clínicas e histopatológicas son bien conocidas.

**Material y métodos.** No lo son tanto cuando causan displasia con sustitución del parénquima renal por un quiste único, como estimamos que sucedió en los dos pacientes que aportamos.

**Resultados.**

1. Recién nacido con ecografía prenatal de masa quística en fosa renal derecha con ausencia de riñón homolateral. Exploración: tumoración en hemiabdomen derecho redondeada, retroperitoneal. Ecografía postnatal: masa quística unicameral de 8 cm, parece verse riñón derecho descendido de 3,8 cm. Laparotomía: disección y exéresis de masa quística retroperitoneal con vía urinaria unida a ella, sin reconocerse macroscópicamente parénquima renal. Anatomía patológica: displasia renal quística.
2. Niño recién nacido con diagnóstico prenatal de hidronefrosis evolucionada a displasia renal quística en forma de quiste único. Exploración: tumoración en hemiabdomen derecho redondeada. Ecografía postnatal: formación quística anecóica de 8,34 cm que comprime aparente riñón derecho. Laparotomía: se disecciona quiste retroperitoneal que ocupa hemiabdomen derecho y continua con uréter. Anatomía patológica: quiste renal, atrofia renal de probable origen mecánico.

**Conclusiones.** Consideramos que la sustitución de un riñón bien diferenciado por un quiste único en una obstrucción piélica fetal puede ser otra forma de manifestación de la displasia quística renal tipo II de Potter (multiquística), o de una hidronefrosis extremadamente grave y progresiva, con displasia renal extrema y pérdida de la configuración pielocalicial. Su carácter unilocular puede plantear dudas de diagnóstico diferencial con quistes de otra naturaleza, aún no detectándose riñón homolateral.

*Forma de presentación: Poster.*

**23. Megaureter obstructivo refluente. Manejo inicial endoluminal mediante cateterismo doble j uretero vesical. A propósito de un caso. Revisión de la literatura.** Martí Camps M\*, Torino Casasnovas JR\*, Margarit Mallol J\*\*, Grande Moreillo C\*\*, Glasmeyer P\*\*. \**Consorci Sanitari de Terrassa. Hospital de Terrassa.* \*\**Hospital Universitari Mútua de Terrassa.*

**Objetivos.** El megauréter primario obstructivo refluente presenta como principal característica la gran tortuosidad y importante dilatación del uréter que dificulta enormemente el tratamiento inicial mediante cirugía abierta. Se decide colocación de catéter doble J temporal por vía endoscópica y vencer la gran estenosis meatal con la idea de reducir el diámetro ureteral.

**Material y métodos.** Se trata de un varón con diagnóstico prenatal de megauréter y ureterocele izquierdo. Se confirma al nacimiento y a los 26 días una CUMS pone de manifiesto un reflujo G.IV unilateral sin vaciamiento retardado.

**Resultados.** Con el diagnóstico de megauréter refluente con importante dilatación y tortuosidad del uréter así como dificultad de vaciado que hacía sospechar obstrucción se practica cistoscopia pone de manifiesto un megameato que en el fondo presenta una especie de diafragma con orificio puntiforme. La función renal estaba conservada.

Las características del uréter y la corta edad del paciente nos decidió a intentar canalizar el uréter estenótico para reducir el grado de obstrucción.

Una nueva cistoscopia a los tres meses permitió insinuar un catéter de doble J en el uréter distal. La gran dilatación del uréter no permitía el autosoporte del pig-tail y la tortuosidad llegar a pelvis. Se mantuvo el catéter en posición durante cuatro meses.

La literatura describe el manejo inicial en casos obstructivos y función renal con riesgo de deterioro.

**Conclusiones.** En nuestro caso la evidente reducción del diámetro ureteral y el grado de hidronefrosis permitieron postergar el tratamiento quirúrgico definitivo que se practicó a los 8 meses practicándose reimplante y remodelación ureteral.

*Forma de presentación: Poster.*

**24. Orquidopexia reversa de radio-protección en un paciente con rhabdomyosarcoma paratesticular.** Valladares JC, Delgado L, Cabello R, Aspiazu DA, Matute J, de Agustín JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Objetivos.** Presentar un caso clínico.

**Material y métodos.** Caso clínico

**Resultados.** El término orquidopexia reversa o revertida hace referencia, en pacientes que requieren irradiación escrotal, al procedimiento quirúrgico de movilización de un testículo fuera del campo de radiación antes de la misma, y su posterior recolocación en posición natural tras el tratamiento.

Presentamos el caso de un paciente de 15 años de edad, afecto de un rhabdomyosarcoma paratesticular alveolar, que es sometido a una orquiectomía transescrotal izquierda. Se realiza tratamiento adyuvante, según protocolo EpSSG RMS 2005, en el que, dada la histología desfavorable se recomienda radioterapia local, por lo que no se realiza cirugía de revisión escrotal. Se decide movilización del testículo contralateral fuera del campo de irradiación, al objeto de preservar la función testicular y fertilidad del paciente.

Por vía inguinal se exteriorizan el teste y el cordón espermático y se reubican en la cara anterior del muslo cubiertos con una lámina de Goretex®. Tras finalizar el tratamiento radioterápico (un mes) se recolocan en bolsa escrotal.

Se realizará seguimiento controlando la función testicular mediante niveles de testosterona y FSH/LH.

**Conclusiones.** Se enfatiza en la necesidad de un adecuado abordaje quirúrgico en los pacientes con masas testiculares y en la finalidad de preservación de la función testicular y fertilidad del paciente de este procedimiento quirúrgico.

*Forma de presentación: Poster.*

**25. Obstrucción uretral transitoria, ¿Valve like syndrome?, dos nuevos casos.** Somoza I, Gómez-Veiras J, Palacios MG, García M, Marco C, Pais E, Vela D. Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**Objetivos.** La obstrucción uretral transitoria se ha propuesto en diversas ocasiones como posible causa del reflujo de alto grado en neonatos varones. En muchos de los casos más severos se ha sospechado esta obstrucción por los hallazgos radiológicos y urodinámicos, recibiendo múltiples denominaciones: vejiga neurógena no neurogénica fetal, disiner-gia fetal, síndrome válvulas like, obstrucción uretral orgánica transitoria...

**Material y métodos.** Presentamos dos nuevos casos con sospecha de obstrucción uretral transitoria

**Resultados.** Ambos neonatos varones presentaban diagnóstico prenatal de hidronefrosis bilateral.

Caso 1: ECO al nacimiento: pared vesical engrosada y dilatación piélica bilateral. CUMS: datos de válvulas de uretra posterior (VUP) y RVU grado V bilateral. Preciso realización de ureterostomías bilaterales. A los 18 meses de vida no se observan VUP en la cistoscopia y se cierran ureterostomías. Resolución del RVU en el seguimiento.

Caso 2: CUMS al nacimiento compatible con VUP y RVU IV derecho y II izquierdo. En la gammagrafía DMSA presenta anulación funcional derecha. Se realiza cistoscopia en la que no se observan VUP y se realiza vesicostomía. El RVU desaparece tras la reconstrucción del tracto urinario.

**Conclusiones.** Son escasas las publicaciones que tratan de discernir sobre el origen orgánico o funcional de esta obstrucción transitoria siendo esta última la más aceptada. Se deben realizar más estudios randomizados, para intentar concretar la fisiología exacta de esta obstrucción transitoria y concretar su posible relación con el RVU neonatal.

*Forma de presentación: Poster.*

**26. Importancia de la urodinámica en la práctica clínica: a propósito de un caso.** Granero Cendón R, Paredes Esteban RM, Lasso Betancor CE, Leva Vallejo M. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Introducción. El estudio urodinámico es la prueba funcional por excelencia del tracto urinario inferior (uretra y vejiga) aportándonos información sobre la sensibilidad, capacidad vesical y acomodación de la misma

**Material y métodos.** Presentamos un caso clínico que ejemplifica la utilidad de la urodinamia en la clínica.

**Resultados.** Caso clínico. Niño de 6 años con mielomeningocele intervenido al nacimiento; diagnosticado de vejiga neurógena realiza tratamiento con cateterismos vesicales intermitentes. En el último estudio urodinámico se aprecia cambio en el patrón mostrando obstrucción del tracto urinario inferior. Los estudios subsiguientes demostraron una estenosis uretral asociada.

**Conclusiones.** El estudio urodinámico es útil en la infancia, siendo una prueba fácil de realizar y no invasiva, que nos permite diferenciar los trastornos funcionales de los orgánicos aún en ausencia de una sintomatología clara u otras patologías asociadas.

*Forma de presentación: Poster.*

**27. Exéresis laparoscópica de tumor de Frantz.** Pérez-Bertólez S, Asensio J, Bellido J\*, Jiménez A, González M, Rubio JL. Servicio de Cirugía Pediátrica. \*Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Presentar la resección laparoscópica de un tumor sólido pseudopapilar de páncreas.

**Material y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Niña de 12 años que acude a Urgencias por dolor periumbilical de 24 horas de evolución y vómitos. A la exploración destaca dolor a la palpación en fosa ilíaca y flanco izquierdos, sin palpase masas. Las pruebas de imagen (ecografía, TAC y RMN) evidenciaron la presencia de una tumoración sólida en la cola del páncreas compatible con un tumor de Frantz. Se indicó una pancreatectomía distal laparoscópica. El tumor estaba adherido al bazo e incluía los vasos esplénicos, por lo que se realizó una esplenectomía laparoscópica en el mismo acto quirúrgico. El postoperatorio fue favorable, con buenos resultados funcionales y estéticos. El periodo de seguimiento es de un año, durante el cual no existe evidencia de recurrencia.

**Conclusiones.** La pancreatectomía distal laparoscópica es una técnica segura y eficaz que se puede utilizar para tumores benignos, con recuperación temprana y mejores resultados cosméticos.

La técnica preferida para la exéresis de estos tumores es la resección con preservación esplénica, aunque no siempre está indicado, como en nuestro caso.

*Forma de presentación: Poster.*

**28. Tumor rabdoide renal. A propósito de un caso.** Pérez-Bertólez S, Cabello R, Aspiazú D, Morcillo J, Martínez Y, Jiménez V, Delgado L, de Agustín JC. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** El tumor rabdoide renal fue reconocido como una entidad clínico-patológica en 1978, diferenciándola del

tumor de Wilms. Es un tumor renal de elevada malignidad que afecta a lactantes hasta los 12 meses de vida, que representa el 1,7% de todos los tumores renales y que tiene un pronóstico muy malo, de manera que la mayor parte de los pacientes fallece en los primeros 12 meses tras el establecimiento del diagnóstico.

**Material y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Paciente de 8 meses que presenta masa abdominal y en los estudios parece tratarse de tumor de Wilms. Tras quimioterapia reductora con 3 drogas, se evidencia poca disminución de tamaño tumoral y progresión de la enfermedad metastásica (hígado, pulmones, linfática), por lo que se indica la cirugía. Se realiza tumorectomía izquierda, muestreo de ganglios y extirpación de masas ganglionares retrohepáticas. Durante el postoperatorio resulta imposible la extubación debido a una rápida progresión de la enfermedad y fallece pocos días después.

**Conclusiones.** El tumor rabdoide maligno es una neoplasia poco frecuente, propia de la edad pediátrica y con un curso clínico muy agresivo, con metástasis tempranas por vía linfática y hematogena. Esto hace necesario un diagnóstico muy precoz para aumentar las posibilidades de supervivencia.

*Forma de presentación: Poster.*

**29. Cirugía conservadora de nefronas en el tumor de Wilms bilateral. A propósito de un caso.** Pérez-Bertólez S, Cabello R, Barrero R, Morcillo J, Aspiazú D, Delgado L, Jiménez V, Martínez Y, de Agustín JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** El tumor de Wilms es bilateral en el 10% de los casos, presentándose de forma sincrónica en un 4-7%. El objetivo del manejo terapéutico en el TW bilateral es la conservación de la función renal, evitando la recidiva tumoral.

**Material y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Presentamos el caso de un paciente de 2 años, remitido de otro centro hospitalario por tumor de Wilms bilateral estadio I. Se trata con quimioterapia citoreductora, con una moderada disminución de tamaño y se indica la cirugía. Tras una cistoscopia y colocación de catéteres doble J, se realizan tumorectomías-enucleaciones y muestreo de ganglios. El postoperatorio fue favorable, manteniendo una adecuada función renal y sin evidencia de recidiva hasta la fecha.

**Conclusiones.** La cirugía conservadora de nefronas es un tratamiento interesante para preservar la función renal. Es fundamental una técnica operatoria meticulosa para lograr resultados funcionales y oncológicamente aceptables.

*Forma de presentación: Poster.*

**30. Gliomatosis peritoneal: condición infrecuente que merece ser conocida.** de Diego M, Isnard RM, Blanco JA, Castellví A. *Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.*

**Objetivos.** La gliomatosis peritoneal es una rara condición que acompaña casi exclusivamente a los teratomas de origen ovárico, tanto maduros como inmaduros. Suele ser un hallazgo intraoperatorio de implantes intraperitoneales de tejido glial de distribución miliar.

**Material y métodos.** Paciente de 11 años que debuta con abdominalgia y distensión abdominal de 2 semanas de evolución. Presenta una gran masa abdominal palpable, dura, y circulación venosa colateral periumbilical. En los estudios de imagen se evidencia una gran masa abdominopélvica de 20 cm, heterogénea y multitabizada, con componente sólido-quístico, múltiples calcificaciones groseras y áreas de densidad grasa en su interior. Se acompaña de abundante líquido intraperitoneal. Alfa-fetoproteína y beta-HCG negativas. Se interviene hallando más de 4 litros de líquido libre, una gran masa dependiente de ovario derecho, con el epiplón adherido e infiltrado por múltiples implantes blanquecinos de 1-2 mm de distribución miliar, así como en peritoneo parietal, fondo de saco de Douglas, cara posterior uterina y ciego.

**Resultados.** La masa ovárica corresponde a un teratoma quístico maduro con marcado predominio de tejido neural del sistema nervioso central (glia, cerebelo, epéndimo y plexos coroideos, entre otros). Los implantes biopsiados en epiplon y peritoneo corresponden a glia.

**Conclusiones.** Se trata de un proceso benigno, extremadamente infrecuente que ha de ser tenido en cuenta, ya que es un hallazgo intraoperatorio. La exéresis completa es prácticamente imposible y tampoco se ha demostrado necesaria. Pero obliga a control ecográfico durante un tiempo aún por determinar, ya que se ha descrito alguna generación maligna tras más de 5 años de seguimiento.

*Forma de presentación: Poster.*

**31. Gliomatosis peritoneal asociada a teratoma ovárico inmaduro.** Lasso Betancor CE, Vázquez Rueda F, Ruiz Hierro C, García Ceballos A, Vargas Cruz V, Gómez Beltrán O, Castillo Fernández AL. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos.** La gliomatosis peritoneal es la implantación de tejido glial maduro en la cavidad abdominal en pacientes con teratomas ováricos maduros o inmaduros. Es una patología muy infrecuente que suele catalogarse como carcinomatosis peritoneal, de la que difiere en pronóstico y tratamiento.

**Material y métodos.** Niña de 12 años con pérdida de peso, metrorragias intermitentes y distensión abdominal progresiva de 2 meses de evolución a la que se le palpa gran masa abdominal pétreo, poco móvil y no dolorosa. Se realiza Ecografía, TAC y RM visualizándose imagen de 24 x 11 x 23 cm compatible con tumoración anexial izquierda, que asocia importante elevación de  $\alpha$ -fetoproteína y  $\beta$ -HCG.

**Resultados.** En el acto quirúrgico se objetiva gran masa tumoral heterogénea con rotura capsular dependiente de ova-

rio izquierdo y múltiples implantes en epiplón y peritoneo sospechosos de diseminación tumoral maligna. Ante los hallazgos intraoperatorios se realiza salpingo-ooforectomía izquierda, omentectomía parcial y toma de biopsias de los implantes peritoneales, siendo el diagnóstico histológico teratoma inmaduro Grado 1 con gliomatosis peritoneal. Tras la cirugía la niña ha recibido quimioterapia con etopósido, cisplatino e ifosfamida, permaneciendo asintomática y con marcadores tumorales normales.

**Conclusiones.** La gliomatosis peritoneal asociada a teratomas ováricos está considerada una patología benigna y sin repercusión pronóstica.

No obstante, se aconseja llevar a cabo un seguimiento exhaustivo y a largo plazo de estas pacientes aunque exista normalización de los marcadores tumorales, puesto que puede existir malignización de los implantes residuales.

*Forma de presentación: Poster.*

### 32. Teratoma quístico maduro intratesticular en pediatría.

**A propósito de un caso.** Vargas Uribe MA, Rial Asorey SM, Hernández Bermejo JP. Hospital Universitario de Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

**Objetivos.** Los tumores testiculares representan el 1% de los tumores en pediatría.

Los teratomas quísticos maduros (quistes epidermoides) intratesticulares son tumores raros que representan menos de 1% de todas las masas testiculares. El diagnóstico diferencial de estas lesiones es difícil, ya que pueden simular ser malignas.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un niño de 6 años de edad, quien consultó por dolor testicular derecho de 15 días de evolución, por probable torsión de hidátide, más la coexistencia de hernia inguinal derecha, no encontrándose evidencia clínica de patología inguino escrotal, ni palpación de masas escrotales paratesticulares, con transluminación escrotal normal. Se le realizó ecografía inguino escrotal, que reporta Calcificación paratesticular derecha por probable torsión de hidátide + hernia inguinal derecha, y hallazgo ecográfico de calcificación intratesticular izquierda de 6 mm de diámetro, probable quiste epidermoide intratesticular izquierdo.

Se le realizaron estudios complementarios (marcadores tumorales, RNM abdomino pélvico, RX de tórax,) que orientaban hacia patología benigna.

Se realiza en un primer tiempo exploración inguino escrotal izquierda con abordaje por vía inguinal, evidenciándose tumoración intratesticular blanquecina. Se realiza enucleación completa de la tumoración quística intratesticular, con biopsia intraoperatoria y conservación del testículo izquierdo.

**Resultados.** La anatomía patológica describe la lesión como *teratoma quístico maduro: quiste epidermoide intratesticular, enucleación completa, con márgenes libres.*

**Conclusiones.** La ausencia de marcadores tumorales elevados, las características ecográficas y los estudios comple-

mentarios, ayudan a realizar un diagnóstico preoperatorio apropiado y un manejo quirúrgico adecuado de esta lesión con preservación del tejido gonadal.

*Forma de presentación: Poster.*

### 33. Teratoma quístico maduro de tiroides: a propósito de un caso.

Sanchez-París O, Albertos Mira-Marceli N, Gallejo Mellado N, Mira Navarro J, Encinas Goenechea A, Martín Hortiguera M<sup>º</sup>E, Garramone Trincheiri N. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario de Alicante.*

**Objetivos.** El teratoma representa 3-5% de todos los tumores de la infancia. Las localizaciones más frecuentes son el ovario y la zona sacrococcígea. La excepcional ubicación de este tumor en la glándula tiroides motivó el presente trabajo.

**Material y métodos.** Lactante de 23 meses de edad que acude por tumoración laterocervical izquierda desde el nacimiento que ha ido aumentando de tamaño junto con estridor inspiratorio. Exploración física destaca tumoración laterocervical izquierda a nivel del 1/3 inferior del ECM de consistencia blanda adherida a planos profundos. RNM cervical: lesión poliquística localizada a nivel parasagital izquierda produciendo efecto masa con desplazamiento lateral derecho de la vía aérea y de la glándula tiroides que parece originarse del lóbulo tiroideo izquierdo. Gammagrafía tiroidea con Tc99m-pertecnetato: ausencia de actividad del lóbulo tiroideo izquierdo con lóbulo derecho normofuncionante y función tiroidea normal. Se realizó toma de biopsia intraoperatoria que descarta malignidad por lo que se realizó una hemitiroidectomía izquierda.

**Resultados.** La paciente evolucionó sfavorablemente sin presentar signos de hipocalcemia, o de afectación recurrencial. Macroscópicamente: pieza de 6,2 x 5 x 0,5 cm y 27,3 g recubierta por capsula, constituida por múltiples quistes con contenido claro con áreas de consistencia media, blanquecinas que recordaban al cartílago compatible con teratoma maduro tiroideo. En los controles ambulatorios se encuentra eutiroidea con adecuada cicatrización de la herida quirúrgica.

**Conclusiones.** La presencia de teratoma de tiroides en la infancia es excepcional por lo que debe ser tenido en cuenta dentro del diagnóstico diferencial ya que su tratamiento en los casos de teratoma maduro será quirúrgico sin necesidad de tratamiento coadyuvante.

*Forma de presentación: Poster.*

### 34. Teratoma inmaduro de origen mesentérico.

Martín Cano F, García Gómez M, Licerías Licerías E, Díaz Moreno E, Muñoz Miguelsanz MA, Matar Sattuf K, Jiménez Álvarez CJ. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** La mayoría de los teratomas en niños aparecen en la región sacrococcígea, y con menor frecuencia en las

gónadas, áreas cervicales, mediastino, retroperitoneo, cráneo, región nasofaríngea o boca. Los teratomas en el tracto gastrointestinal y órganos relacionados son muy poco frecuentes. Presentación de teratoma mesentérico inmaduro en lactante.

**Material y métodos.** Caso clínico de trilliza prematura de 3 meses, con radiografía normal al nacimiento, que presenta cuadro de vómitos y estancamiento de curva ponderal de 3 semanas de evolución. La radiografía visualiza efecto de masa izquierdo, y la ecografía describe masa multiquística de 9 x 9,5 x 7 cm, con calcificaciones, en flanco izquierdo. Asocia un aumento en los niveles de alfafetoproteína (524,4 ng/ml).

**Resultados.** La paciente fue intervenida realizándose extirpación de masa poliquística con origen en mesenterio que rechazaba asas intestinales a flanco derecho, y riñón izquierdo hacia fosa iliaca. La anatomía patológica informó de teratoma inmaduro grado 2 con cápsula íntegra. La paciente no ha recibido quimioterapia dada su edad y extirpación completa del tumor.

**Conclusiones.** Los teratomas son tumores derivados de las 3 capas germinales del embrión, que pueden aparecer como formaciones quísticas benignas, o masas sólidas, normalmente malignas. Hay escasa documentación de teratomas mesentéricos. La identificación de los mismos rara vez se hace de forma preoperatoria, y el diagnóstico se realiza por exclusión. En este caso, y dadas las características de la masa, el diagnóstico se orientó hacia teratoma. No existen signos patognomónicos ni síntomas para este tipo de neoplasia, y los mismos son secundarios a compresión de estructuras vecinas.

*Forma de presentación: Poster.*

**35. Histiocitosis de células de Langerhans: un reto diagnóstico.** Ruiz Hierro C, Vázquez Rueda F, Vargas Cruz V y Castillo Fernández AL. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Reina Sofía de Córdoba.*

**Objetivos.** La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad poco frecuente cuya incidencia es 4,5 casos por millón en niños menores de 15 años. Se caracteriza por la proliferación clonal de histiocitos y su acumulación en diferentes órganos y sistemas, de forma aislada o múltiple, por lo que presenta una gran variabilidad clínica. Las formas más frecuentes son aquellas que afectan a un solo órgano o sistema, por lo habitual hueso o piel.

**Material y métodos.** Presentamos tres casos de HCL con diferente forma de presentación.

**Resultados.** Se revisaron 3 pacientes, 2 niñas y 1 niño, con edades comprendidas entre los 6 meses y los 8 años. El motivo de consulta en 2 de ellos fue una tumoración craneal, uno tras un traumatismo craneoencefálico y otro presente desde el nacimiento, asociada a lesión osteolítica en la radiografía de cráneo. El tercer caso presentó un nódulo axilar de un mes de

evolución en un paciente en tratamiento por una Diabetes Insípida. En los tres casos se realizó biopsia de la tumoración, siendo la histología compatible con HCL al presentar histiocitos S100 y CD1a positivos en la inmunohistoquímica. Según el protocolo HCL III, todos los pacientes recibieron quimioterapia con evolución favorable.

**Conclusiones.** La supervivencia global de la enfermedad se sitúa en torno al 90%. Las lesiones cutáneas pueden ser la única forma de presentación o acompañarse de afectación sistémica, por ello, es de suma importancia realizar un diagnóstico temprano y mantener un estricto seguimiento a largo plazo dado el potencial de diseminación de la enfermedad.

*Forma de presentación: Poster.*

**36. Úlcera inguinal como presentación de un linfoma cutáneo primario.** Granero Cendón R, Ayala Montoro J, Ruiz Hierro C, Vargas Cruz V, Lasso Betancor CE, Paredes Esteban RM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).*

**Objetivos.** Introducción. Los linfomas cutáneos son un grupo de linfomas no hodgkinianos extranodales, que pueden ser de fenotipo T o B, y tienen un comienzo clínico, morfología, inmunofenotipo y pronóstico diferente a aquellas neoplasias de tejido linfoide que debutan como leucemia aguda con expresión blástica periférica e infiltración de médula ósea. Mientras que los linfomas representan el 6% de todas las neoplasias de la edad pediátrica, los linfomas cutáneos primarios son muy infrecuentes, encontrándose en la literatura una incidencia de 0,1-0,3 casos /1.000.000 habitantes /año.

**Material y métodos.** Presentamos el caso clínico de un paciente que presentó una úlcera inguinal de evolución tórpida como manifestación de un linfoma cutáneo primario.

**Resultados.**

Caso clínico. Paciente varón de 11 años remitido desde otro centro por úlcera inguinal derecha de 4 meses de evolución. Inicialmente, la lesión había debutado como una adenopatía dolorosa con ulceración progresiva.

El paciente refiere antecedente de otras dos adenopatías axilares que cursaron con la misma evolución pero curaron espontáneamente.

A la exploración presentaba úlcera de 4 x 5 cm, bordes imprecisos e infiltrados con escara necrótica en su interior

Se decide limpieza y desbridamiento, con envío de muestras a anatomía patológica y microbiología, diagnosticándose de Linfoma T anaplásico de células grandes.

La biopsia de médula ósea y de otras adenopatías eran normales.

**Conclusiones.** Los linfomas cutáneos primarios son infrecuentes en la infancia, por lo que su diagnóstico suele ser tardío ante nódulos, eccemas o ulceraciones cutáneas de evolución tórpida se debe realizar un despistaje de linfoma.

*Forma de presentación: Poster.*

**37 Gran teratoma cervical en un neonato, tratamiento multidisciplinar. A propósito de un caso.** Palazón P, Martín O, Núñez BG, Manzanares A, Prat J, Muñoz E, García E, Castañón M. *Hospital Sant Joan de Déu, Servicio de Cirugía Pediátrica, Maxilofacial y Neonatología.*

**Objetivos.** Los teratomas cervicales son tumores poco prevalentes pero con una morbimortalidad perinatal muy elevada. Presentamos la secuencia de tratamiento en un gran teratoma cervical.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva del caso.

**Resultados.** Mediante ecografía y RM prenatal se hizo el diagnóstico de una gran masa cervical: tumoración quística, sólida y con áreas de calcificación, que se orientó como teratoma. El tumor estaba hipervascularizado y el tamaño era mayor al perímetro cefálico. Como la vía aérea del neonato podría llegar a comprometerse, se realizó un an ex utero intrapartum treatment (EXIT). El niño pudo ser fácilmente intubado en EXIT. Los vasos nutricios tumorales, que provenían de la carótida externa izquierda, fueron embolizados antes de la cirugía. El 5º día de vida se realizó una exéresis completa de la masa. Se observó posteriormente una parálisis facial. Para evitar una obstrucción de la vía aérea por la lengua, se realizó una glosopexia y una distracción mandibular. Después de estos procedimientos, se consiguió la extubación y el niño empezó a tolerar la ingesta oral. La anatomía patológica mostró un teratoma maduro.

**Conclusiones.** Aunque la mayoría son benignos, los teratomas cervicales se asocian todavía con una alta tasa de complicaciones e incluso con el éxitus. Por ello, un tratamiento multidisciplinar es muy importante para poder prevenir y evitar esta morbimortalidad.

*Forma de presentación: Poster.*

**38. El feocromocitoma en niños. Análisis de un caso.** Cabello R, Delgado L, Aspiazú DA, Valladares JC, Márquez C\*, de Agustín JC. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Oncología Pediátrica\*. HIU Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Presentar caso clínico

**Material y métodos.** Caso clínico

**Resultados.** El feocromocitoma es un tumor poco frecuente en niños. Su tratamiento es quirúrgico y sólo la presencia de metástasis sincrónicas y/o metacrónicas es indicador de malignidad. Presentamos el caso de una paciente de 14 años que presenta astenia y febrícula intermitente y vespertina con sudoración profusa de 6 meses de evolución. Refiere dolor lumbar izquierdo a la palpación. Nunca ha presentado crisis hipertensivas ni hipertensión arterial mantenida. Mediante ecografía abdominal se detecta una masa suprarrenal izquierda. Se realiza RMN donde se aprecia tumor suprarrenal izquierdo de 12 x 7,5 x 9 cm con zona necrótica central y áreas nodulares hipervascularizadas con gran captación. En la bioquímica de orina se evidencia elevación de catecolaminas libres y sus

metabolitos, sobre todo a expensas de la noradrenalina y normetanefrina. El estudio de extensión (TAC y gammagrafía) demuestra ausencia de metástasis.

Se realiza laparotomía evidenciándose un gran tumor íntimamente adherido a estructuras vecinas y se realiza suprarrenalectomía izquierda.

El estudio histológico demuestra un feocromocitoma de 5,5 cm que respeta bordes quirúrgicos de resección, con necrosis central, dudosa invasión capsular y pleomorfismo celular.

Las catecolaminas y sus metabolitos se han normalizado en controles posteriores. La gammagrafía con 123I-MIBG no muestra enfermedad residual. La paciente está pendiente de estudio genético.

**Conclusiones.** En la actualidad se intentan identificar factores de riesgo, como pueden ser el tamaño del tumor primario y localización del mismo, características histológicas y mutaciones genéticas, que nos indiquen si la enfermedad va a tener un comportamiento maligno a lo largo de los años.

*Forma de presentación: Poster.*

**39. Linfangioma quístico intraabdominal. Presentación de un caso.** Gallego Mellado N, Albertos Mira-Marcelí N, Sánchez Paris O, Encinas Goenechea A, Mira Navarro J, Martín Hortigüela ME, Navarro de la Calzada C, González F, Garramone Trinchieri N. *Hospital General Universitario de Alicante.*

**Objetivos.** Los linfangiomas quísticos intraabdominales son tumores congénitos infrecuentes. Tienen comportamiento benigno pero presentan crecimiento invasivo local. Describimos un caso de linfangioma intraabdominal de sigma y su manejo terapéutico.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de una niña de 4 años que presentaba dolor abdominal cólico asociado a vómitos de una semana de evolución. A la exploración se evidenciaba un abdomen distendido con efecto masa. Ecografía y TAC informaban de gran masa quística multilobulada que desplazaba estructuras, compatible con linfangioma abdominal. Al tercer día del ingreso realizamos abordaje laparoscópico convertido a laparotomía. Actualmente asintomático y sin recidivas tras seguimiento de 3 meses.

**Resultados.** Los linfangiomas son proliferaciones benignas de los vasos linfáticos. Son más frecuentes en cabeza, cuello y axila. La incidencia de linfangiomas intraabdominales se estima entre un 3 - 9,2% de todos los linfangiomas. La mayoría dan síntomas en edades tempranas, con clínica de dolor abdominal y por compresión de asas intestinales. También pueden presentarse como abdomen agudo causado por oclusión, torsión del quiste, vólvulo, hemorragia o peritonitis por rotura del quiste. El abordaje se realiza por vía laparoscópica o por laparotomía, de forma diferida o urgente. Su pronóstico es bueno y la tasa de recidivas baja.

**Conclusiones.** Los linfangiomas intraabdominales tienen clínica variable y pueden presentarse con un rango amplio de

signos y síntomas. El diagnóstico viene dado por la ecografía y TAC. En la mayoría de las ocasiones no se presentan como un abdomen quirúrgico urgente y la cirugía puede diferirse.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **40. Lipoblastomas en la infancia: a propósito de dos casos.**

Zornoza Moreno M, Cañizo López A, Peláez Mata D, Sanz Villa N, Corona Bellostas C, Tardáguila Calvo A, Carrera Guermur N, Cerdá Berrocal J, Molina Hernando E, García-Casillas Sánchez MA, Angulo Madero JM, Berenguer Fröner B. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Los lipoblastomas son neoplasias benignas, de origen mesenquimal, formadas por células adiposas inmaduras. Su incidencia es baja y tienen una alta tasa de recidiva local.

**Material y métodos.** Presentamos dos niños, de siete meses uno y de dos años el otro, ambos con una masa indolora, el primero en hueco axilar derecho y el segundo en región de triángulo de Scarpa derecho, diagnosticados mediante biopsia de lipoblastoma.

**Resultados.** Se realizaron pruebas de imagen preoperatorias (RMN o TAC) que mostraban íntima relación con las estructuras vasculonerviosas del plexo axilar y de la región femoral respectivamente. La resección fue completa en ambos casos, sin presentar complicaciones postoperatorias. En la actualidad los dos pacientes se encuentran asintomáticos y libres de enfermedad tras un año de seguimiento.

**Conclusiones.** Los lipoblastomas son tumoraciones raras que aparecen en la infancia como masas indoloras en las extremidades, debiendo diferenciarse mediante análisis histopatológico del liposarcoma. Las pruebas de imagen preoperatorias (RMN o TAC) nos permite estudiar las relaciones anatómicas de la masa con estructuras vasculonerviosas y el tipo de abordaje a realizar. El tratamiento es quirúrgico teniendo una alta tasa de recidiva local.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **41. Asociación de hamartoma, hemangioma y quistes biliares hepáticos: un reto terapéutico.** Moreno C, Fuentes S, Morante S, González M, Cano I, García A, López M, Benatent M, Gómez A. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** La asociación de diferentes tipos de tumores hepáticos está poco descrita. Los hemangiomas son los tumores hepáticos benignos más frecuentes, seguidos por el hamartoma mesenquimal hepático (HMH). Presentamos un caso complejo tratado en nuestro servicio, que asoció un HMH, hemangiomas y quistes biliares.

**Material y métodos.** Revisión bibliográfica.

**Resultados.** Paciente con diagnóstico intrauterino de masa intra-abdominal. En las pruebas de imagen en el periodo neonatal, se observa masa quística que depende de lóbulo derecho hepático, compatible con HMH. Se realiza resección en

cuña del mismo y se confirma en el estudio histopatológico que se trata de un HMH. En una ecografía de control se detectan múltiples lesiones hepáticas compatible con hemangiomas hepáticos. A los 3 años de edad en otra ecografía de control de aprecia una lesión quística hepática de unos 15 cm de diámetro. Tras la sospecha de recidiva del HMH se realiza una quistectomía parcial y colecistectomía vía laparoscopia. La anatomía patológica es de quiste biliar multilocular. En los controles sucesivos se aprecian nuevos quistes que van aumentando de tamaño hasta que alcanza un tamaño de 12 x 5 cm. Por lo que se realiza una nueva laparoscopia con quistectomía. El estudio histopatológico es compatible con quiste biliar multilocular.

**Conclusiones.** La aparición de lesiones hepáticas con diferentes tipos histológicos ha representado un dilema terapéutico. La cirugía mínimamente invasiva, ha evitado una importante morbilidad, permitiendo retomar su actividad cotidiana al poco tiempo. En las dos últimas intervenciones hemos optado por quistectomía tratando de evitar las importantes complicaciones que pueden tener las técnicas más agresivas.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **42. Quiste ovárico gigante: diagnóstico diferencial de masas quísticas intraabdominales.** Gander R, Peiró JL, Guillén G, Molino JA, Laín A, Giné C, Broto J, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Valle de Hebron*

**Objetivos.** Revisar el diagnóstico diferencial de las masas quísticas intrabdominales gigantes en la infancia

**Material y métodos.** Se expone el caso clínico de una paciente de 14 años remitida a nuestro centro para estudio de una masa centroabdominal.

**Resultados.** La paciente presentaba una distensión abdominal progresiva de 3 meses de evolución. En la ecografía abdominal se objetivó una masa quística de gran tamaño que ocupaba la totalidad del abdomen y cuyo origen no podía ser claramente establecido. La resonancia magnética nuclear (RMN) confirmó la existencia de una lesión de 37x26x13,4 cm que parecía depender del ovario izquierdo y cuya primera orientación diagnóstica fue un cistoadenoma ovárico. Marcadores tumorales (HCG y AFP) y gravindex fueron negativos.

En el tratamiento quirúrgico se descartó el abordaje laparoscópico debido al gran tamaño de la masa y se realizó laparotomía media hallando un quiste gigante que dependía del ovario izquierdo con 8,7 L de líquido seroso intraquístico. Se procedió a exéresis del quiste y salpingooforectomía.

Fue dada de alta a domicilio a los 7 días postintervención con una ecografía abdominal y exploración física dentro de la normalidad.

La anatomía patológica fue compatible con quiste folicular gigante sin signos de malignidad.

**Conclusiones.** Los quistes ováricos gigantes son extremadamente raros en la infancia. Es preciso realizar el diagnóstico diferencial con el linfangioma quístico o quiste de mesen-

terio y las tumoraciones ováricas malignas. La ecografía puede ser no concluyente por lo que consideramos la RMN como una herramienta esencial en el diagnóstico diferencial.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **43. Quiste hepático simple congénito: un hallazgo casual.**

Royo Cuadra Y, Di Crosta I, Pueyo Gil C, Skrabski R, Franch Salvadó S, Maldonado Artero J. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Juan XXIII. Tarra-gona.*

**Objetivos.** El quiste hepático simple se incluye en el diagnóstico diferencial de los quistes abdominales congénitos; habitualmente son un hallazgo ecográfico casual.

**Material y métodos.** Presentamos un caso de quiste hepático simple congénito, dada la rareza de esta entidad.

**Resultados.** Diagnóstico prenatal en ecografía de control al tercer trimestre: quiste abdominal de posible origen hepático. Nace varón a término, asintomático y con exploración normal. La ecografía de control muestra quiste abdominal de 64 x 53 x 23 mm localizado en región epigástrica-hipocondrio derecho, de paredes finas sin trabeculaciones. Al segundo día, el TAC abdominal confirma la imagen ecográfica, planteando el diagnóstico diferencial entre quiste hepático, quiste de colédoco o quiste mesentérico. A las 3 semanas, la gammagrafía hepatobiliar describe la lesión como masa quística subhepática sin obstrucción ni comunicación de la vía biliar.

A los 3 meses una nueva ecografía muestra la lesión sin cambios significativos por lo que se decide practicar cirugía electiva realizando la exéresis íntegra de quiste hepático de 7cm, sin comunicación biliar. Alta precoz en 48 horas. Dictamen anatomopatológico: quiste hepático simple. Evolución posterior favorable sin recidivas.

**Conclusiones.** Las masas quísticas hepáticas son infrecuentes en los neonatos, habitualmente asintomáticas. El diagnóstico postnatal se basa en la ecografía y el TAC, precisando estudio de radioisótopos para descartar su comunicación con la vía biliar. El quiste hepático simple tiene pronóstico favorable habiéndose descrito su resolución espontánea. Actualmente su manejo postnatal está discutido, desde actitudes conservadoras hasta la cirugía electiva en los casos de gran tamaño como el nuestro, como medida preventiva de posibles complicaciones.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **44. Quiste hidatídico hepático gigante: a propósito de un caso.** Barceló C, García-Baglietto A, Marhuenda C, González J, Bregante J. *Hospital Universitario Son Espases.*

**Objetivos.** La hidatidosis es hoy en día poco frecuente en nuestro medio. Su localización más frecuente es a nivel hepático y pulmonar.

Presentamos un caso clínico de quiste hidatídico hepático gigante de difícil manejo quirúrgico, sus complicaciones y evolución.

Destacamos esta etiología como causa de masa hepática, su tratamiento médico-quirúrgico y sus posibles complicaciones.

**Material y métodos.** Niña de 13 años con dolor en hipocostado derecho y distensión abdominal. El estudio radiológico mostró masa multilobulada hepática derecha gigante sugestiva de hidatidosis, que se confirmó serológicamente.

**Resultados.** Se inició tratamiento médico con albendazol que se mantuvo durante 4 meses. Se realizó hepatectomía derecha previa punción-aspiración de los quistes e infusión de suero salino hipertónico. En el postoperatorio, apareció colestasis directa con valores máximos de bilirrubina de 50 mg/dL sin evidencia radiológica de dilatación de la vía biliar. Se decidió reintervención, observándose perforación cubierta del conducto hepático izquierdo que se resolvió con sutura de la lesión y colocación de tubo de Kehr. Tras 3 semanas de drenaje y colangiografía trans-Kehr sin fugas, se retiró el tutor y la paciente fue dada de alta.

Actualmente, permanece asintomática con controles ecográficos correctos y normalización analítica.

**Conclusiones.** La hidatidosis es una patología infrecuente en nuestro medio.

Su manejo quirúrgico puede resultar dificultoso cuando por su tamaño los quistes hidatídicos ocupan casi la totalidad del órgano afectado, no resultando infrecuente la lesión-invasión de estructuras adyacentes (vía biliar, vena cava, vía aérea...) que pueden acarrear graves complicaciones quirúrgicas.

*Forma de presentación: Poster.*

#### **45. Ruptura intraperitoneal espontánea de quiste hidatídico hepático: dolor abdominal y anafilaxia.** Gómez-Veiras J, García Palacios M, García González M, Marco C, Somoza I, Gómez Tellado M, Dargallo T, Pais E, Caramés J, Vela D. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

**Objetivos.** El quiste hidatídico tiene su origen en la larva del *Echinococcus granulosus*, que tiene una distribución endémica en el área mediterránea. El hígado y el pulmón son los órganos que más frecuentemente se ven afectados. La ruptura intraperitoneal de un quiste hidatídico es poco frecuente (1-8% de los casos).

**Material y métodos.** Revisamos la historia clínica e imágenes radiológicas del paciente.

**Resultados.** El paciente de 13 años de edad, de nacionalidad marroquí, acude a Urgencias por presentar dolor abdominal muy intenso y difuso y fiebre de 39°C de dos horas de evolución. El paciente sufre un cuadro de anafilaxia al ingreso.

Se realiza una ecografía y un TC que demuestra la existencia de un quiste de unos 10 cm de diámetro intrahepático. Tam-

bién se observa una importante cantidad de líquido libre intra-peritoneal.

El paciente precisa de tratamiento con antihistamínicos, corticoides y perfusión de adrenalina.

Se realiza laparotomía, lavado de la cavidad abdominal con povidona yodada. Se lleva a cabo una quistectomía, previa infusión de suero salino hipertónico en la cavidad quística. Es dado de alta al 10º día postoperatorio sin presentar complicaciones.

**Conclusiones.** Actualmente podemos observar casos de hidatidosis, debido a la llegada de pacientes de países con hidatidosis endémica. La ruptura de un quiste hidatídico puede provocar un cuadro de anafilaxia y la muerte del paciente, hasta en un tercio de los casos. Queremos llamar la atención sobre el adecuado manejo quirúrgico de estos pacientes.

*Forma de presentación: Poster.*

**46. Quistes omentales, raro caso de abdomen agudo.** Germani M, García Urgellés X, Castro Sanchez M. *Hospital Insular Materno Infantil Las Palmas, Gran Canaria.*

**Objetivos.** Los quistes de omento son lesiones intraabdominales raras, frecuentes en niños menores de 10 años, normalmente asintomáticos.

**Material y métodos.** Se presenta el caso de una niña de 2 años, con antecedentes familiares de Enfermedad de Marfan, que acude de urgencias por cuadro de astenia y palidez de 2 semanas de evolución, y distensión abdominal progresiva desde hace 3 días, y signos incipientes de shock. El hemograma muestra hemoglobina de 3,6 g/dl y el TAC abdominal muestra hemoperitoneo masivo sin lesión aparente de vísceras.

Se le realiza laparotomía exploratoria que revela la presencia de una bolsa membranosa que contiene aproximadamente 2 litros de sangre, practicándose exéresis de la misma y hemostasia con ligadura de vasos sangrantes en su base de origen en el territorio esplénico. Tras una buena evolución es dada de alta a los 4 días postoperatorio.

**Resultados.** Existen muchas teorías para considerar la formación de quistes de omento: la proliferación benigna de tejido linfático ectópico, la obstrucción linfática, el fracaso en la fusión de las hojas de mesenterio, el traumatismo oculto, las neoplasias y la degeneración de nodulos de linfa. Estas lesiones, se presentan como una masa abdominal palpable asintomático y raramente son causas de abdomen agudo. El diagnóstico se establece mediante el cuadro clínico y estudios imagenológicos.

**Conclusiones.** La exéresis quirúrgica completa de estas raras lesiones es el tratamiento de elección por su posible evolución a abdomen agudo con sangrados masivos, infecciones o degeneración maligna. Un tratamiento quirúrgico adecuado permite siempre una evolución favorable.

*Forma de presentación: Poster.*

**47. Fibromas cutáneos perianales congénitos: presentación de un caso y revisión de la literatura.** Granero Cendón R, García Ceballos A, Vargas Cruz V, Lasso Betancor CE, Gómez Beltrán O, Paredes Esteban RM. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).*

**Objetivos.** Introducción. Los fibromas cutáneos perianales son entidades infrecuentes y poco comunicadas en la literatura. Pueden ser congénitos (transmisión familiar) o adquiridos (estreñimiento, diarrea, agentes irritantes,...) y en este último caso es importante reconocerlos por ser indicio de enfermedades inflamatorias o traumatismos por abuso sexual.

**Material y métodos.** Presentamos el caso clínico de un paciente con fibromas cutáneos perianales congénitos

**Resultados.** Caso clínico. Varón de 1 mes de vida remitido desde las Consultas de Neonatal por presentar 3 tumoraciones congénitas cutáneo-cartilaginosas, situadas a 2 cm del margen anal en su cara anterior, pediculadas y de un tamaño entre 0,5-1 cm, indoloras. La familia no refería episodios de cambio de tamaño o coloración. El paciente no presentaba estreñimiento ni otra sintomatología de interés y el resto de la exploración por aparatos y sistemas (incluido tacto rectal e inspección del canal anal) eran normales.

No había antecedentes familiares de esta patología.

**Conclusiones.**

- Los fibromas cutáneos perianales son entidades infrecuentes.
- Aunque son lesiones benignas, ante su presencia debemos descartar otras entidades más importantes asociadas.

*Forma de presentación: Poster.*

**48. Lipoma mediastínico. A propósito de dos casos.** Solorzano Rodríguez E, Parrado Villodres R, Ruiz Orpez A, García Lorenzo C, Unda Freire A, Galiano Duro E. *Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** Analizar los casos de lipoma mediastínico diagnosticados y en seguimiento en nuestro hospital en los últimos dos años.

**Material y métodos.** Presentamos dos casos de pacientes, con edades 6 y 10 años, con hallazgo casual de tumoración mediastinica definida como lipoma mediastinico. Ninguno de los pacientes presenta clínica asociada. El estudio inicial se completo con TAC torácico, EKG y ecocardiografía. Electrocardiograma y ecocardiografía fueron normales en ambos pacientes.

**Resultados.** Actualmente los dos pacientes están en seguimiento con TAC anual, EKG y ecocardiografía, sin haber precisado intervención quirúrgica.

**Conclusiones.** Los tumores de origen graso a nivel mediastinico en la infancia son raros, constituyendo el 1-2% de los tumores mediastinitos. En la literatura hay descritos 170 casos

en niños, de los cuales solo 4 fueron localizados en la pared torácica.

Los lipomas o lipoblastomas mediastínicos son de estirpe histológica benigna, crecimiento lento y no metastatizan a distancia. Pueden llegar a producir problemas de compresión de estructuras vecinas. Debido a la baja respuesta a quimoterapicos y a radioterapia la cirugía es el método terapéutico de elección.

La elección entre practicar un tratamiento conservador o agresivo dependerá de la clínica y de los hallazgos radiológicos. El grado de atenuación grasa en los estudio de TAC son definitorios para el diagnóstico y el seguimiento, así pues un grado de atenuación de la grasa en el TAC superior a -48 Unidades Hounsfield (entre -50 y -150) son definitorios de lipoma.

El seguimiento se realizara mediante TAC torácico, EKG y ecocardiografía anual.

*Forma de presentación: Poster.*

**49. Abordaje laparoscópico para el tratamiento de un secuestro pulmonar infradiafragmático.** Moreno C, Fuentes S, Morante R, González M, Cano I, López M, Benavente M, Gómez A. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Los secuestros pulmonares (SP) son malformaciones broncopulmonares congénitas poco frecuentes. Rara vez se localizan fuera de la cavidad torácica, aunque podemos encontrarlos en localizaciones atípicas, como son los SP infradiafragmáticos o en retroperitoneo. El tratamiento estándar es la resección quirúrgica aunque recientemente, en la literatura, se opta una actitud más conservadora en determinados casos.

**Material y métodos.** Nuestro paciente fue diagnosticado prenatalmente mediante ecografía de SP infradiafragmático, permaneció en todo momento asintomático. Se realizó una ecografía en el periodo neonatal en la que se evidenció una lesión hiperecogénica de 2,5 x 1 cm línea media por encima del tronco celiaco y delante de la aorta abdominal con irrigación arterial que se originaba desde el tronco celiaco. A los 6 meses se realizó un TC con contraste, en el que se confirmó una masa compatible con secuestro pulmonar abdominal con vascularización sistémica de un vaso que surge inmediatamente por encima del tronco celiaco y drenaje venoso a través de porta. Se sometió a la intervención quirúrgica con 1 año de edad.

**Resultados.** Describimos la técnica laparoscópica que se ha utilizado, para la resección del SP infradiafragmático. Hemos comprobado que esta técnica nos permite una disección metuculosa y el control de los vasos sistémicos, pues nos aporta un gran aumento de visión. Así la resección proporciona el diagnóstico definitivo y tratamiento, evitando complicaciones.

**Conclusiones.** Encontramos la resección laparoscópica en niños, como una técnica factible, segura y con una importante disminución de la morbilidad frente a la laparotomía,

para el tratamiento de los secuestros pulmonares infradiafragmáticos.

*Forma de presentación: Poster.*

**50. Hernia diafragmática congénita de diagnóstico tardío y debut dramático.** Cortés J, Sanchís G, Bordallo MF, Fonseca R, Gutiérrez C, García-Sala C. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Presentar un caso de hernia diafragmática (HD) de diagnóstico tardío, de presentación y final dramáticos.

**Material y métodos.** Niña de 7 años portadora de válvula de derivación ventriculoperitoneal. Acude a Urgencias por dolor abdominal progresivo y vómitos de 1 día de evolución. A los pocos minutos, coincidiendo con deposición voluntaria sufre desvanecimiento y parada cardiorrespiratoria.

**Resultados.** Se realizan maniobras de resucitación, pinchando hemitórax izquierdo por hipoventilación y sospecha de neumotórax a tensión (NT), extrayéndose gas y escaso líquido sucio. Tras estabilización se realiza TAC torácico que muestra imagen hidroaérea, sospechando hidroneumotórax. Ingresa en Cuidados Intensivos, se coloca tubo de drenaje pleural, extrayéndose gran cantidad de líquido oscuro con olor a fermento. Se sospecha hernia diafragmática y se realiza placa simple confirmando el diagnóstico gracias al trayecto de la sonda nasogástrica.

Se decide intervención urgente, constatando HD congénita con herniación de estómago (encontrándose éste volvulado), bazo y epiploon mayor. Se repara el defecto diafragmático, realizándose cierre primario. Se repara perforación gástrica de unos 10 cm de longitud.

La paciente fallece 48 horas tras la cirugía por edema cerebral difuso y herniación cerebral.

**Conclusiones.** En un debut súbito como éste, es difícil realizar un diagnóstico certero por la necesidad de actuación inmediata ante el riesgo vital del paciente.

La toracocentesis fue determinante para la descompresión torácica, ayudando a la estabilización, a pesar de que el diagnóstico de NT fue erróneo.

La presentación tardía de HD supone gran riesgo de complicaciones graves y su diagnóstico debe ser indicación quirúrgica urgente.

*Forma de presentación: Poster.*

**51. Reparación laparoscópica de la recurrencia de la hernia diafragmática congénita.** Pérez-Bertólez S, Asensio J, Cano A\*, González M, Jiménez A, Rubio JL. *Servicio de Cirugía Pediátrica. \*Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** La evolución de la cirugía mínimamente invasiva ha permitido el cierre de la hernia diafragmática congénita mediante laparoscopia o toracoscopia, aunque las recurrencias suelen tratarse por vía abierta.

**Material y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Describimos un caso de reparación laparoscópica en un paciente de 19 meses con hernia diafragmática congénita recidivada tras la corrección laparotómica en el periodo neonatal. Empleamos un parche de Tachosil sobre la herniorrafia. El postoperatorio fue favorable, sin evidencia de recurrencia tras 9 meses de seguimiento.

**Conclusiones.** Gracias a los avances en las técnicas laparoscópicas y a la adquisición de una mayor habilidad, la herniorrafia laparoscópica para la recurrencia de la hernia diafragmática congénita es una opción viable y segura, incluso tras una cirugía abierta previa.

*Forma de presentación: Poster.*

**52. Tratamiento toracoscópico de un secuestro pulmonar asociado a una hernia diafragmática congénita.** Moreno C, Fuentes S, Morante R, González M, Cano I, García A, López M, Benavent M, Gómez A. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** El secuestro pulmonar es una masa de tejido pulmonar anormal que no se comunica con el árbol traqueo-bronquial y es irrigada por una arteria sistémica anómala. Tiene origen congénito y se presenta en dos variedades: intralobar y extralobar. El tratamiento estándar es la resección quirúrgica aunque recientemente, en la literatura, se está tomando en determinados casos una actitud más conservadora. La asociación de secuestro pulmonar con hernia diafragmática es una situación poco frecuente pero bien conocida.

**Material y métodos.** Presentamos un caso de un niño con un diagnóstico prenatal mediante ecografía de complejo malformación adenomatoidea quística - secuestro pulmonar. El paciente permaneció asintomático tanto en el periodo prenatal como postnatal. Se detectó la asociación de una hernia diafragmática izquierda a los 5 meses de edad mediante un TC, que había pasado desapercibida en la radiografía y ecografía torácica en el estudio neonatal.

**Resultados.** Se realizó una toracoscopía en la que extirpamos el secuestro pulmonar y suturamos el defecto diafragmático sin necesidad de malla. Seis meses más tarde el paciente permanece totalmente asintomático.

**Conclusiones.** En la mayor parte de las malformaciones pulmonares el TC es vital previo a la cirugía para una buena definición de la malformación y planificación del acto quirúrgico. Hemos abordado esta entidad mediante una técnica mínimamente invasiva que en nuestra opinión es el abordaje de elección pues la morbilidad postoperatoria es mínima y obtenemos un resultado estético óptimo.

*Forma de presentación: Poster.*

**53. Masa cervical con compromiso de vía aérea: la importancia de un diagnóstico correcto.** Bordallo MF, Fonseca R, Gómez-Chacón J, Gutiérrez C, Esteban MJ, García-Sala C. *Hospital la Fe, Valencia.*

**Objetivos.** Describir la importancia del diagnóstico diferencial de masas cervicales con compromiso de vía aérea, a propósito de un caso de duplicación esofágica cervical manejada en un principio de forma errónea como linfangioma multiquístico.

**Material y métodos.** Niño de 10 meses con cardiopatía congénita remitido a cirugía por desviación traqueal de detección casual y estridor de un mes de evolución.

**Resultados.** Se realiza ecografía y resonancia cervical urgentes visualizando gran lesión cérvico-mediastínica anecoica acompañada de lesiones satélites menores, localizada entre lóbulo tiroideo izquierdo y arco aórtico con desplazamiento traqueal anterior y lateral, sugerente de linfangioma multiquístico.

Con el anterior diagnóstico, se procede a esclerosis percutánea que no resulta efectiva. Posteriormente y debido a compresión extrínseca de la vía aérea precisa intubación orotraqueal e intervención quirúrgica urgente. Se accede a la lesión mediante "trapdoor": cervicotomía y toracotomía izquierdas y esternotomía, hallando gran tumoración quística de 6 x 4 cm que desplaza la tráquea anterolateralmente y depende del tercio superior esofágico, con pared muscular externa común. Se reseca el quiste en su totalidad y otro adyacente de menor tamaño. El diagnóstico anatomopatológico: duplicación esofágica quística asociada a quiste broncogénico.

Actualmente, el paciente está en programa de dilataciones por estenosis esofágica a nivel de la sutura.

**Conclusiones.** La duplicación del esófago superior es una malformación congénita infrecuente que puede presentarse como distrés respiratorio en la edad pediátrica. Su diagnóstico se presta a confusión con el de masas cervicales de otra índole. Estudios complementarios tales como endoscopia digestiva o tránsito intestinal son recomendables para tipificar este tipo de lesiones.

*Forma de presentación: Poster.*

**54. Fístula cervical anterior por cuerpo extraño con perforación esofágica cervical.** Vargas Uribe MC, Rex Nicolás C, Navarro P, Cortes Mora PB, Hernández Bermejo JP. *Hospital Universitario de Santa Lucía.*

**Objetivos.** La mayoría de las perforaciones de faringe y esófago cervical se producen de adentro hacia afuera, y causadas por instrumentación endoscópica o por cuerpos extraños. Estos últimos pueden causar diversas complicaciones, desde ulceración de la mucosa, inflamación, abscesos, mediastinitis, perforación y fistulas esofágicas. Las manifestaciones clínicas son variables: localización, tamaño y morfología: disfagia, retención salivar, náuseas, dolor, sofocación, tos y cianosis.

**Material y métodos.** Niño de 4 años de edad, que consultó por odinofagia, fiebre y tumoración en región cervical anterior de 5 días de evolución. Exámenes complementarios realizados sugieren la existencia de adenitis abscesificada, que fue tratada con antibioterapia intravenosa, con drenaje espon-

táneo de material purulento al 7 día de tratamiento, con mejora clínica egresando con tratamiento oral y seguimiento ambulatorio.

Persistiendo dos pequeños orificios línea media drenando espontáneamente secreción serosa, comportándose como granuloma piogénico. Se realiza control estudio ecográfico y TAC: presencia de cuerpo extraño entre esófago y glándula tiroideas.

Reinterrogamos, evidenciando que la sintomatología clínica del paciente sea consecuencia de perforación esofágica y fistulas cervicales anteriores por espina de pescado. Se realiza una EDS: lesión puntiforme mucosa esofágica, sin perforación.

**Resultados.** Con tratamiento conservador y controles ecográficos, observándose disminución de secreción por las fistulas. Seis meses después, episodio de dolor cervical, secreción serosa y eliminación “granos de arena”, mejoría clínica, cierre espontáneo de fistulas.

**Conclusiones.** Las perforaciones esofágicas en niños son raras. La clínica es variada, inespecífica, de difícil diagnóstico, sino se tiene en cuenta la posibilidad de lesión esofágica por retención de cuerpos extraños. Deben realizarse estudios complementarios para su diagnóstico.

*Forma de presentación: Poster.*

**55. Técnica de Rehbein y basculación del colon derecho según maniobra de Deloyers en la enfermedad de Hirschsprung de segmento largo.** Enríquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R, Amat Valero S, Moreno Hurtado C, Núñez Núñez R. *Hospital Materno Infantil. SES. UEX. Badajoz.*

**Objetivos.** El descenso del colon derecho para la realización de una anastomosis colorrectal puede ser dificultoso. La transposición ileocecal mediante la maniobra de Deloyers puede ser útil en estos casos.

**Material y métodos.** Presentamos a una paciente con enfermedad de Hirschsprung (EH) en la que se utiliza la técnica previamente descrita.

**Resultados.** Niña de 6 meses que ingresa para estudio por rechazo de tomas, estreñimiento pertinaz y fallo de medro. Alergia a las proteínas de la leche de vaca. No otros antecedentes de interés. A la exploración destaca abdomen distendido, con múltiples fecalomas, sobre todo a nivel de fosa iliaca izquierda. Manometría anorrectal: no se observa reflejo inhibitorio del ano. Enema opaco: zona de transición a nivel de colon ascendente, próxima a ángulo hepático. Biopsia rectal por succión: compatible con EH. Se realiza laparotomía. Se observa dilatación de colon ascendente. Íleon terminal normal. Múltiples fecalomas dentro del colon. Biopsias intraoperatorias confirman el aganglionismo, demostrando población normal de células ganglionares en ciego e inicio de colon ascendente. Colectomía del segmento afecto. Remodelaje de colon sano con sutura mecánica. Basculación del mismo de 180° según técnica de Deloyers. Anastomosis colorrectal según técnica de Reh-

bein. Buena evolución postoperatoria. Asintomática actualmente, un año después.

**Conclusiones.** La técnica empleada permite la conservación de la válvula ileocecal, posibilitando así la introducción de una dieta normal de forma precoz e impidiendo la contaminación del íleon distal por gérmenes fecales. Esto disminuye el riesgo de enteritis asociada a la EH.

*Forma de presentación: Poster.*

**56. Enfermedad de Hirschsprung: un problema sin resolver.** Tardáguila Calvo AR, Molina Hernando E, Cerda Berrocal JA, Corona Bellostas C, Zornoza Moreno M, Carrera Guemur N, Rojo Díez R, Del Cañizo López A, Pelaez Mata D, García-Casillas Sanchez MA. *Hospital Infantil Gregorio arañón. Madrid.*

**Objetivos.** La enfermedad de Hirschsprung, descrita hace más de 120 años, sigue siendo un reto para el cirujano pediátrico. La dificultad de un diagnóstico histológico, la existencia de diferentes técnicas quirúrgicas, y las complicaciones postoperatorias a corto y largo plazo en todas las series nos confirman que no es una patología resuelta.

**Material y métodos.** El objetivo de esta comunicación, una vez revisada la literatura reciente y nuestra experiencia, es elaborar un protocolo de diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de estos pacientes.

**Resultados.** Este protocolo se divide en: 1. diagnóstico (importancia, secuencia y detalles de la técnica de la biopsia rectal y del enema opaco y de la manometría); 2. tratamiento preoperatorio (colostomía intubada); 3. quirúrgico (técnicas en un solo tiempo; identificación de la zona de transición; biopsia intraoperatoria, ileostomía como mejor opción ante la necesidad de derivación intestinal); 4. postoperatorio inmediato (dilataciones, dermatitis perianal); y 5. seguimiento a largo plazo, con especial atención al diagnóstico y tratamiento precoz de enterocolitis, estreñimiento e incontinencia fecal.

**Conclusiones.** Por último, consideramos fundamental crear un registro nacional de pacientes con enfermedad de Hirschsprung, y un centro de referencia para estudios histopatológicos (formación y consultas), así como para estudios genéticos (gen RET) por la asociación de esta enfermedad a la neoplasia endocrina múltiple (MEN) y sus implicaciones médico-legales.

*Forma de presentación: Poster.*

**57. Hernia de pared en el traumatismo abdominal cerrado.** Isnard Blanchar RM, De Diego Suárez M, Blanco JA, Avila-Nieto M, Castellví Gil A. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Germans Trias. Badalona.*

**Objetivos.** La hernia abdominal traumática secundaria a traumatismo cerrado es poco frecuente, habiéndose descrito una incidencia del 1% en accidentes de alta intensidad. Se rela-

cionan mayoritariamente con accidentes de tráfico, siendo muy infrecuente su aparición en accidentes de otra naturaleza. Se expone un caso de hernia traumática abdominal tras contusión abdominal con el manillar de la bicicleta.

**Material y métodos.** Observación clínica: niño de 10 años que acude por dolor y tumoración en flanco izquierdo del abdomen tras traumatismo 28 horas antes contra el manillar de una bicicleta. A la exploración el paciente está hemodinámicamente estable, presentando hematoma en flanco izquierdo y dolor intenso a la palpación abdominal.

Exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación son normales. Se realiza TC abdominal con contraste que muestra discontinuidad de 4 por 4 cm. entre el margen externo del músculo recto anterior y margen interno de los músculos oblicuos izquierdos, con protusión de epiplón a través del orificio, sin presencia de afectación visceral ni hemoneumoperitoneo.

**Resultados.** A las 48 horas de ingreso se procede a reparación quirúrgica con reintroducción del epiplón herniado a la cavidad abdominal y sutura de la lesión músculo-aponeurótica sin incidencias. Presenta una buena evolución siendo dado de alta a los dos días post- intervención.

**Conclusiones.** La hernia abdominal traumática es una complicación inusual en el traumatismo abdominal cerrado, siendo más frecuente la afectación visceral. La decisión de tratamiento urgente o diferido, se relaciona con la estabilidad del paciente y la presencia de lesiones intrabdominales o de hernias irreductibles con afectación vascular del contenido herniario.

*Forma de presentación: Poster.*

**58. Hernia transmesentérica por defecto congénito.** Pérez-Bertólez S, Rubio JL, Jiménez A, Asensio J, González M. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** La hernia transmesentérica debida a un defecto congénito es una rara pero grave causa de obstrucción intestinal en niños, afecta principalmente el intestino delgado y existen pocos casos descritos en la literatura. Presentamos un caso de obstrucción intestinal en una niña causado por este tipo de hernia.

**Material y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Paciente de 6 años de edad afecta de fibrosis quística que acude a Urgencias por dolor abdominal y ausencia de deposiciones. A la exploración destaca dolor abdominal difuso, distensión abdominal, palpación de masa en fosa ilíaca izquierda y signos de irritación abdominal. La ecografía abdominal evidenció sufrimiento de asas y dilatación de las mismas. Se indicó una laparotomía urgente en la que se apreció una hernia interna transmesentérica por un defecto en el mesenterio ileal, con vólvulo de íleon y sigma e isquemia de los mismos. Se realizó la reducción de la hernia, la desvolvulación de íleon y sigma y el cierre del defecto mesentérico con puntos sueltos.

**Conclusiones.** Es fundamental una cirugía urgente para reducir la morbimortalidad asociada a estos casos.

*Forma de presentación: Poster.*

**59. Malformación glomovenosa en placa asociada a ascitis quilosa. Tratamiento quirúrgico.** Martínez Criado Y, Domínguez Amillo E, Ortiz Domínguez, López Gutiérrez JC. *Hospital Infantil Virgen Del Rocío.*

**Objetivos.** La malformación glomevenosa (MGV) en placa congénita es una rara anomalía vascular causada por una mutación en el gen glomulina. Presentamos un caso de MGV asociado a ascitis quilosa, cuya evolución progresiva hizo precisa su extirpación quirúrgica.

**Material y métodos.** Niña de 36 semanas, nacida por cesárea electiva, con diagnóstico prenatal en la semana 35 de ascitis. Al nacimiento presenta distres respiratorio, con distensión abdominal por la ascitis idiopática, con confirmación bioquímica de quilo. El examen cutáneo mostró una placa roja con telangiectasias y vasos azulados prominentes en superficie, localizada en muslo izquierdo, causando importante atrofia del tejido celular adyacente, y de dicha extremidad. Sin soplo ni frémito. Aparecieron nuevas lesiones en tronco y suprapúbicas en el primer mes de vida. El padre presentaba unos nódulos azulados en muslo derecho.

**Resultados.** La biopsia cutánea confirmó el diagnóstico de MGV. La ascitis quilosa se resolvió con tratamiento conservador. Ante la atrofia con dilatación venosa progresiva de la piel que cubría la malformación, fue necesario la exeresis primaria al año de edad.

**Conclusiones.** La MGV es una rara anomalía vascular autosómica dominante, caracterizada por canales venosos dilatados rodeados de células glómicas. Se asocia a ascitis quilosa excepcionalmente.

El cirujano pediátrico debe de estar familiarizado con malformaciones vasculares excepcionales como esta, por su eventual posibilidad de tratamiento quirúrgico.

*Forma de presentación: Poster.*

**60. Valor del Angio-TC y de la Angio-RM con reconstrucción 3D en el diagnóstico de anomalías vasculares de comportamiento agresivo.** Liceras Liceras E, García Gómez M, Martínez Barbero JP, Díaz Moreno E, Martín Cano F, Muñoz Miguelsanz MA, Vallejo Díaz D. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** Los estudios complementarios no se realizan sistemáticamente ante la existencia de anomalías vasculares, debiéndose valorar la clínica, edad, evolución y extensión de las mismas para su tratamiento adecuado. Las nuevas técnicas de imagen, como la TCMC y la IRM con capacidad para realizar estudios angiográficos no invasivos, consiguen información para establecer el diagnóstico diferencial entre heman-

giomas en fase activa y malformaciones vasculares de alto flujo.

**Material y métodos.** Caso clínico de lactante con hemangioma kaposiforme en miembro superior izquierdo asociado a síndrome de Kasabach-Merritt, y de cómo el angio-TC y la Angio-RM con reconstrucción 3D ayudan al diagnóstico de dicha anomalía vascular, visualizando su trayecto y distribución, con el fin de diferenciarla de otras anomalías vasculares.

**Resultados.** Paciente de 3 meses con lesión vascular en cara externa de brazo izquierdo que, a partir del primer mes de vida, presenta un crecimiento significativo extendiéndose a antebrazo y hombro, acompañada de gran inflamación, endurecimiento y limitación funcional. Asocia fenómeno de Kasabach-Merritt, desarrollando trombopenia y anemia severas que requieren su ingreso en UCIP.

Se realizan Angio-TC y Angio-RM que muestran 2 lesiones nodulares vascularizadas bien delimitadas, no evidencian nidus malformativos que sugieran la existencia de malformaciones arterio-venosas. Esta información junto con la clínica y la evolución de la lesión ayudó a determinar el diagnóstico y a establecer el tratamiento.

**Conclusiones.** El Angio-TC con reconstrucción 3D destaca por su capacidad para la visualización de estructuras vasculares y el estudio de su flujo, por ello se ha convertido en una pieza importante en el estudio de anomalías vasculares.

*Forma de presentación: Poster.*

**61. Complicaciones hemorrágicas de los linfangiomas quísticos abdominales. A propósito de dos casos.** Molino JA, Guillén G, Laín A, Gander R, Lara A, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Hospital Universitario Vall d'Hebron.*

**Objetivos.** Los linfangiomas quísticos son una causa rara de masa intrabdominal. Muchos casos son asintomáticos, pero en ocasiones pueden debutar con sangrados intraquísticos que pueden poner en compromiso la vida del paciente.

**Material y métodos.** Presentamos dos paciente afectos de linfangiomas quísticos intrabdominales, de 15 y 24 meses de edad, que debutaron con un cuadro de distensión abdominal y descenso de la hemoglobina hasta 4,1 g/dl y 7,1 g/dl respectivamente, presentando el primer paciente un shock hipovolémico que requirió estabilización inicial. En ambos casos se realizó una ecografía abdominal como prueba de imagen inicial y un TAC para valoración de la extensión y presencia de sangrado.

**Resultados.** Ambos pacientes fueron intervenidos a las 48 y 24 horas respectivamente. El paciente de 15 meses presentaba una lesión quística de gran tamaño (18 cm), originada en el epiplón menor y de contenido hemorrágico, que se resecó en su totalidad. El paciente de 24 meses presentaba una lesión quística multiloculada, originada en el mesocolon y con extensión al recto, se realizó una resección subtotal, dejando alguna vesícula en el espesor del mesenterio para evitar resecciones intestinales. La evolución de ambos pacientes fue correcta.

**Conclusiones.** Los linfangiomas quísticos intraabdominales complicados con hemorragia intraquística no siempre requieren cirugía urgente, aunque no se recomienda postponerla mucho tiempo tras el diagnóstico. El tratamiento de elección en los linfangiomas intraabdominales sintomáticos es la resección completa, pero debido a su naturaleza benigna, en la actualidad se considera preferible no realizar resecciones mutilantes.

*Forma de presentación: Poster.*

**62. Actualización en el tratamiento de los hemangiomas.**

Díez Montiel A, Mazarrasa Marazuela B, Sánchez-Jauregui E, Olivares Pardo E, Enríquez de Salamanca E. *Hospital Universitario Niño Jesús.*

**Objetivos.** Los hemangiomas son los tumores más frecuentes de la edad pediátrica, benignos, con una evolución típica de crecimiento inicial explosivo, una fase de mesta posterior y una fase involutiva de duración variable.

Dado que se trata de un tumor benigno, que va a sufrir involución espontánea, la mayoría de las veces no estaría indicado el realizar ningún tratamiento. Existen casos en los que es necesario intervenir, sobre todo en la etapa precoz, dado que este crecimiento explosivo inicial puede derivar en una serie de complicaciones tales como sangrado, ulceración o deformidad de estructuras anatómicas que posteriormente precisarían una precisión una reconstrucción compleja.

Desde hace varios años se viene empleando un fármaco betabloqueante en la fase de crecimiento con buenos resultados. Se ha comprobado que el propranolol a dosis de 2 mg/kg/24 horas, disminuye el crecimiento del hemangioma y el número de complicaciones con mínimos efectos secundarios.

El objetivo de nuestro trabajo es comprobar la eficacia del fármaco en los pacientes de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio sobre un total de 25 niños tratados con propranolol con un seguimiento a tres años, con el que trataremos de demostrar su eficacia.

**Resultados.** Obtenemos una disminución del tamaño de los hemangiomas en el 100% de los pacientes tratados y así como una reducción en el número de complicaciones asociadas durante la fase de crecimiento.

**Conclusiones.** Comparamos los resultados con la bibliografía llegando a la conclusión de que nuestros resultados son similares y que el propranolol es una opción terapéutica eficaz en determinados casos de hemangiomas.

*Forma de presentación: Poster.*

**63. Actinomicosis pulmonar en enfermedad granulomatosa crónica (EGC): caso clínico y revisión de la literatura.**

Delgado G, Laín A, Guillen G, Molino JA, Gander R, Martín A, González-López J, Lloret J, Martínez-Ibáñez V. *Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.*

**Objetivos.** *Actinomyces* spp. es una bacteria anaerobia gram-positiva de la orofaringe, tracto gastrointestinal, genitales femeninos y raramente pulmonar. Debido a su clínica anodina, hallazgos radiológicos inespecíficos y su dificultoso cultivo el diagnóstico es tardío y a veces confuso. Hay muy pocos casos descritos con infiltración costal.

**Material y métodos.** Revisión caso clínico y literatura

**Resultados.** Un niño de 3 años con EGC tras ser diagnosticado de neumonía ingresa en otro centro para tratamiento antibiótico endovenoso. El TAC muestra una consolidación en el pulmón izquierdo con necrosis central, adenopatías calcificadas, nódulos pulmonares superiores, fibrosis pulmonar, afectación costal y absceso subcutáneo. Los cultivos de lavados broncoalveolares fueron negativos. El paciente fue remitido a nuestro centro tras una biopsia no concluyente.

Debido a la mala evolución del paciente se sospechó una infección por *Aspergillus* spp. decidiéndose exéresis del tejido necrótico.

En la cirugía se observa una severa neumonía necrotizante rodeada de gran inflamación e infiltración costal. Se realiza biopsia pulmonar, costal y se desbridan abscesos.

La amplificación directa y la secuenciación del 16S rADN identifica *S. aureus*. Se identifica *Actinomyces* spp. en el cultivo del absceso.

Se administra meropenem durante 6 semanas y clindamicina oral durante 6 meses, evolucionando favorablemente. En el TAC de control se observa una progresiva mejoría.

**Conclusiones.** Aunque la actinomycosis pulmonar es una enfermedad poco común en niños se debería considerar en pacientes con masas pulmonares con infiltración costal, especialmente en EGC. Una amplia biopsia puede ser necesaria para el correcto diagnóstico.

*Forma de presentación: Poster.*

**64. ¿Existe la apendicitis crónica?, infección por actinomyces.** Marijuán Sahuquillo V, González Piñera J, \*Balmaseda Serrano E, \*Castillo Serrano A, \*\*Syong Hyun NC, Hernández Anselmi E, Fernández Córdoba MS, Argumosa Salazar Y. *Servicios de Cirugía Pediátrica, \*Gastroenterología Pediátrica y \*\*Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** El actinomiceto es una bacteria gram + anaerobia que coloniza el tracto GI, respiratorio y genital femenino. La infección abdominal es la segunda más común tras la cervicofacial, con especial predilección por el área cecal. Los síntomas clínicos y los hallazgos de laboratorio son muy inespecíficos lo que dificulta su diagnóstico. Realizamos una aportación a los pocos casos presentados en la literatura.

**Material y métodos.** Niña de 10 años ingresada en múltiples ocasiones por dolor abdominal recurrente de 3 meses de evolución, localizado en FID e hipogástrico. Asocia febrícula intermitente, deposiciones líquidas con moco y algún vómito esporádico. A la exploración presenta peso 28,2 kg (p3), talla

136cm (p10); abdomen blando y depresible doloroso a la palpación en FID con contractura voluntaria.

Exceptuando una VSG de 22 mm/h y plaquetas de 446.000, todas las pruebas complementarias realizadas fueron inespecíficas.

**Resultados.** Ante la persistencia del dolor se realiza una laparoscopia exploradora en la que no se observan alteraciones macroscópicas practicando una apendicectomía incidental.

El resultado anatomo-patológico de la pieza describe sobreinfección por actinomyces. En la actualidad mantiene tratamiento antibiótico con penicilina y se encuentra asintomática.

**Conclusiones.** La infección abdominal por actinomyces tiene predilección por el apéndice y puede manifestarse como dolor abdominal crónico recurrente.

El tratamiento es médico con penicilina G (10-20 mU, 4-6 semanas) + penicilina oral (2-4 g/día, 6-12 meses), en pocos casos es necesaria la cirugía (necrosis, abscesos o fístulas), por lo cual un diagnóstico previo a ésta podría evitarla, de ahí la importancia de pensar en ésta sobreinfección en casos de dolor abdominal crónico.

*Forma de presentación: Poster.*

**65. Manejo conservador de la rotura pancreática complicada en pacientes pediátricos.** Vega Mata N, Gómez Farpón A, Granell Suárez C, López López AJ, Montalvo Ávalos C, Álvarez Muñoz V, Álvarez Zapico JA. *Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Objetivos.** Analizar el manejo conservador de una transección pancreática con daño del conducto pancreático así como la actitud seguida ante su complicación con un pseudoquistes pancreático.

**Material y métodos.** Descripción retrospectiva de un caso clínico atendido en nuestro Hospital en el 2010.

**Resultados.** Niño de 11 años, que a las 24 horas de un traumatismo abdominal, es diagnosticado por TC de una sección casi completa de cola pancreática. Asocia un hematoma que comprime la pared posterior gástrica y una elevación de amilasa (1365 U/L) y lipasa (21.210 U/L). Dada su estabilidad hemodinámica, se decide su manejo conservador con reposo digestivo, nutrición parenteral y octreótido. Se realiza seguimiento semanal ecográfico y mensual tomográfico. Su complicación con la formación de un pseudoquistes de 12 x 8 cm, es también tratada conservadoramente. Aparición de esteatosis hepática y colestasis por la nutrición parenteral e hipertensión portal por compresión de la vena esplénica. Estabilización del tamaño del pseudoquistes, con desarrollo de esplenomegalia y circulación colateral a través de las cadenas epigástricas y de la vena mesentérica inferior a nivel gástrico y periesofágico. Inicio de su involución a la 7ª semana con mejoría progresiva de sus diferentes complicaciones que permiten la reintroducción de la dieta. Recibe el alta domi-

ciliaria a la 13ª semana, cuando la lesión alcanza los 4,5 cm de diámetro.

**Conclusiones.** La rotura pancreática postraumática al igual que los pseudoquistes de gran tamaño son subsidiarios de tratamiento conservador. La persistencia e incluso estabilización del tamaño del pseudoquiste a la sexta semana no son un impedimento para su involución posterior.

*Forma de presentación: Poster.*

**66. Heterotopía pancreática yeyunal y divertículo de Meckel sin ectopias.** Riñón C, Alonso Calderón J, Rodríguez Alarcón J, Souto H. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid.*

**Objetivos.** La presencia de páncreas ectópico en el Divertículo de Meckel es conocida. Presentamos una ectopia pancreática asociada a Divertículo de Meckel sin ectopias.

**Material y métodos.** Caso clínico. Varón de 21 meses que ingresa, procedente de otro centro, durante el postoperatorio de obstrucción intestinal por brida congénita, donde se resecan los últimos 60 cm de delgado, incluyendo un Divertículo de Meckel, y el ciego. Al 5º día postoperatorio se realiza laparotomía por obstrucción intestinal, identificándose bridas proximales a la anastomosis dehiscente, indicándose una ileostomía. En yeyuno proximal presenta una formación subserosa de 2 x 2 cm. La anatomía patológica evidencia una heterotopía pancreática completa.

**Resultados.**

**Discusión.** La ectopia pancreática es una anomalía congénita poco común (0,5-14%). Consiste en la presencia de tejido pancreático a distancia del páncreas, sin conexión vascular o anatómica. Puede presentarse a lo largo de todo el tubo digestivo, siendo más frecuente en estómago y duodeno. La presencia de tejido pancreático en el Divertículo de Meckel es ampliamente conocida. No hemos encontrado ningún caso en la literatura que asocie un Divertículo de Meckel sin ectopias y una heterotopía pancreática completa a distancia. Aunque estas lesiones suelen ser asintomáticas y normalmente se trata de hallazgos casuales, el tejido heterotópico puede sufrir las mismas transformaciones histológicas que el páncreas, debiendo ser resecados.

**Conclusiones.** La heterotopía pancreática es una lesión poco común. Debido al riesgo de inflamación o malignización, su tratamiento debe ser la resección.

*Forma de presentación: Poster.*

**67. Divertículo de Meckel perforado en el interior de un onfalocele. Presentación de un caso.** López Álvarez-Buhilla P, Medrano Méndez L, Torres Piedra C, Ruiz Aja E, Solaetxe Prieto N. *Servicio de Cirugía Infantil. Hospital de Cruces, Barakaldo. Bizkaia.*

**Objetivos.** Presentación de un caso.

**Material y métodos.** El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo, aunque su presentación clínica en la época neonatal es muy rara. La asociación del divertículo de Meckel al onfalocele es bien conocida, sobre todo al tipo menor.

**Resultados.** Sin embargo, la perforación de un divertículo de Meckel en el interior de un onfalocele, con fistulización a la superficie del mismo, es una asociación excepcional

**Conclusiones.** Se presenta un caso de onfalocele con divertículo de Meckel perforado en su interior, fistulizando meconio hacia la superficie.

*Forma de presentación: Poster.*

**68. ¿Íleo paralítico prolongado o invaginación intestinal postoperatoria?** Vázquez Rueda F, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor CE y Gómez Beltrán O. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Reina Sofía de Córdoba.*

**Objetivos.** La invaginación intestinal es una complicación postoperatoria documentada en la cirugía abdominal y retroperitoneal extensa. La triada clásica de dolor abdominal tipo cólico, masa abdominal palpable y deposiciones en “jalea de grosella” suele estar ausente en la invaginación intestinal postoperatoria, que se caracteriza generalmente por dolor abdominal y vómitos. El diagnóstico y tratamiento suelen ser tardíos debido a la similitud de los síntomas con aquellos atribuibles al íleo paralítico prolongado o a la quimioterapia adyuvante.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un paciente intervenido de tumor de Wilms que presentó una invaginación intestinal en el postoperatorio inmediato.

**Resultados.** Lactante varón de 7 meses intervenido por tumor de Wilms izquierdo mediante nefroureterectomía radical izquierda y linfadenectomía. En el postoperatorio presentó dolor abdominal, mala tolerancia oral y deposiciones blandas. Ante la persistencia del cuadro se realizó radiografía de abdomen y ecografía abdominal que objetivaron dilatación de asas de intestino delgado y ausencia de aireación del colon sugestivos de obstrucción intestinal. Se practicó laparotomía urgente hallándose una invaginación íleo-ileal que se redujo manualmente apreciándose sufrimiento de asas que requirió resección intestinal con anastomosis termino-terminal. Posteriormente el paciente evolucionó de forma favorable presentando buena tolerancia oral y tránsito intestinal adecuado.

**Conclusiones.** La invaginación intestinal postoperatoria es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal postoperatoria que puede conllevar graves consecuencias si no se reconoce a tiempo.

*Forma de presentación: Poster.*

**69. Ingesta seriada de múltiples imanes en niños. Urgencia quirúrgica.** Martínez Criado Y, Tuduri Limousin Iñigo, Maraví A, De Agustín Asensio JC. *Hospital Virgen Del Rocío.*

**Objetivos.** La ingesta seriada de imanes en niños es excepcional, pudiendo desencadenar complicaciones gastrointestinales graves que requieren de una actuación quirúrgica en cuanto se sospeche. El objetivo es alertar a médicos y padres de la peligrosidad de juguetes con pequeñas piezas inman-tadas.

**Material y métodos.** Niño de 8 años que acudió a urgencias por dolor abdominal más intenso en fosa iliaca derecha. La radiografía mostró 3 piezas metálicas contiguas en fosa iliaca derecha, que permanecían en idéntica situación tras 12 horas, con incremento del dolor. La madre refirió que había estado con un juego con pequeños imanes.

Se realizó laparotomía urgente hallándose múltiples imanes en íleon distal atraídos por la carga, que provocaron necrosis, fistulizaciones y perforaciones intestinales. Se procedió a enterorrafia de perforaciones simples, resección de 1,5 cm de íleon necrótico con ileostomía lateral y apendicectomía. El control radioscópico no evidenció más imanes.

**Resultados.** El tercer día postoperatorio, comenzó con distensión abdominal, objetivándose dos imanes en la radiografía. El 5º día, los imanes obstruyen la ostomía, reintervi-niéndose de urgencia, realizándose una reconstrucción del tránsito.

**Conclusiones.** La ingesta seriada de imanes separada en el tiempo conlleva una elevada morbilidad intestinal, requiriendo una intervención quirúrgica en cuanto se sospeche, independientemente de la sintomatología. El diagnóstico es difícil, puesto que la historia clínica es poco precisa, y en la radiografía puede aparecer un objeto único por la atracción magnética. El control radiográfico intraoperatorio servirá para corroborar, la extracción de todas las piezas.

Los juguetes con imanes deben ser homologados cumpliendo mecanismo de seguridad.

*Forma de presentación: Poster.*

**70. Obstrucción intestinal secundaria a estenosis de colon ascendente en lactante.** Muñoz Miguelsanz MA, Licer-as Licerías E, Castejón Casado FJ, Martín Cano F, García Gómez M, Díaz Moreno E, Matar Sattuf K. *Hospital Uni-versitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** La estenosis de colon es una malformación digestiva de etiología isquémica y cuyo desarrollo, congénito o adquirido, no está bien definido en todos los casos. En la literatura se han descrito casos de estenosis secundarias a secue-las de enterocolitis necrotizante prenatal. Se aporta el caso clínico de una estenosis de colon ascendente de etiología desco-nocida en paciente, previamente sano con tránsito intestinal normal, que desarrolló un cuadro de obstrucción intestinal. La infrecuencia de la lesión encontrada, así como la presenta-ción clínica nos ha llevado a presentar el siguiente caso.

**Material y métodos.** Caso clínico de lactante con este-nosis colónica asociada a hipoplasia de colon ascendente, que debutó con cuadro de obstrucción intestinal.

**Resultados.** Paciente varón de 3 meses con cuadro de vómi-tos biliosos de 48 horas de evolución, asociados a deposicio-nes líquidas escasas y gran distensión abdominal. Tras la rea-lización de pruebas complementarias que objetivan un patrón obstructivo se decide intervención quirúrgica urgente.

Los hallazgos operatorios evidencian la existencia de un ciego muy dilatado situado en flanco derecho asociado a hipo-plasia de colon ascendente en donde se observa una región este-nótica. Se realiza resección intestinal del área de estenosis, con anastomosis termino-terminal tipo Howard.

En el postoperatorio el paciente evoluciona favorablemen-te con restauración de tránsito intestinal y alta hospitalaria.

**Conclusiones.** La infrecuencia de dicha malformación, de etiología congénita o adquirida, y la forma de presentación en lactante con tránsito intestinal desde el nacimiento, hacen relevante su presentación y exposición para ampliar el conoci-miento sobre estas patologías del aparato digestivo.

*Forma de presentación: Poster.*

**71. Paciente con duplicación orgánica múltiple.** Jiménez V, Pérez Bertólez S, Cabello Laureano R, Morcillo J, Aspia-zu D, Tuduri I, De Agustín Asensio JC. *Hospital Infantil Virgen del Rocío.*

**Objetivos.** Presentar un caso de paciente con síndrome polimalformativo intervenida con éxito en nuestro servicio.

**Material y métodos.** Descripción de un caso. Lactante con síndrome polimalformativo consistente en: duplicidad colóni-ca. Hiato esofágico con orificio grande que cierra megaesófa-go. Hígado de morfología anómala con bazo en malposición. Duplicidad uterina. Vagina imperforada. Cardiopatía comple-ja: CIV membranosa, CIA amplia, VDDS y transposición gran-des vasos con estenosis pulmonar. Secuestro pulmonar LII. Tres MMII móviles. Intervenciones: laparotomía exploradora: resecció-n de segmento colónico duplicado. Colostomía de descar-ga. Drenaje uterino. Cierre de pilares diafragmáticos. Toraco-tomía: extirpación secuestro pulmonar. Laparotomía para recons-trucción del tránsito. CCV: fístula sp por corazón univentricu-lar. Pendiente de reconstrucción MMII.

**Resultados.** en la actualidad nuestra paciente permanece asintomática y no precisa tratamiento médico.

**Conclusiones.** El abordaje multidisciplinar de este tipo de pacientes es fundamental para obtener buenos resultados.

*Forma de presentación: Poster.*

**72. Torsión de duplicación colónica en T. Raro caso de abdo-men agudo.** Mol A, Germani M, García Urgellés X, Cas-tro Sánchez M. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas, Gran Canaria.*

**Objetivos.** Dentro de la duplicaciones colónicas, aque-las que adoptan una configuración en T, consituyen un grupo

extremadamente raro. Presentamos el caso de un paciente que debuto en forma de abdomen agudo.

**Material y métodos.** Paciente de 4 años de edad con antecedentes personales de nefrectomía derecha, derivación urinaria tipo Mitrofanoff y ampliación vecinal, y estreñimiento de tres años de evolución. Acude a urgencias por cuadro de distension abdominal de 3 días acompañado de un vomito. La radiografía simple de abdomen es informada de retención fecal y dilatación del colon izquierdo, acompañado ascenso de los reactantes de fase aguda y leucocitosis. Es inicialmente orientado como colitis secundaria a estreñimiento y se instaura tratamiento antibiótico y enemas de limpieza. Al 3 día del ingreso en ausencia de mejoría clínica se practica nuevo estudio radiológico que es informado como dilatación de asa del intestino delgado, tras lo cual se decide laparotomía comprobándose la existencia de torsión de la lesión, con isquemia irreversible de la misma.

**Resultados.** Se practica resección y cierre de la comunicación con el intestino grueso, con evolución posterior favorable.

**Conclusiones.** Las duplicaciones colónicas forman aproximadamente 15% de todas las duplicaciones. La forma en T es el grupo menos frecuente dentro de las mismas, habiendo sido descritos solo 5 casos en la literatura aparte del nuestro, ninguno de ellos asociado a volvulación de la misma ni con patología urinaria. La exéresis quirúrgica completa de estas raras lesiones es el tratamiento de elección por su posible evolución a un abdomen agudo.

*Forma de presentación: Poster.*

### **73. Presentación atípica de una duplicación intestinal aislada.** Ruiz E. Solaetxe N. Medrano L. Galbarriatu A. Torres C. Lopez P. *Servicio Cirugía infantil. Hospital de Cruces.*

**Objetivos.** Presentamos un extraño caso de duplicación intestinal “aislada” con vascularización propia y única por su localización atípica

**Material y métodos.** Varón de 5 meses de edad derivado a nuestras consultas por tumoración testicular izquierda. AP: Ecografía prenatal semana 30: imagen quística de 15 x 13 mm, lateral a la vejiga, que persiste en la semana 33 desapareciendo en el control control semana 37. inicialmente etiquetado como quiste ileal.

A la exploración presenta un teste izquierdo aumentado de tamaño(3ml) y de consistencia petrea. Ecografía escrotal: Masa escrotal izquierda de 2,5 cm, solida, vascularizada, heterogenea e hiperecogénica.

Alfafetoproteína y Beta HCG dentro de la normalidad

**Resultados.** Con la sospecha de teratoma testicular se procede a una intervención quirúrgica con abordage inguinal encontrandose, adyacente al teste izquierdo (de características y tamaño normal), un segmento de tubo digestivo de 3,5 cm de longitud con vascularización dependiente de la tunica albuginea.

Biopsia rápida: segmento de intestino delgado y grueso.

Se procedió a una extirpación de dicho segmento tras ligadura y división de su pediculo vascular con evolución favorable.

**Conclusiones.** Las duplicaciones intestinales “aisladas” (con menos de 10 casos publicados en la literatura) se definen como estructuras esféricas o tubulares con pared muscular y epitelio gastrointestinal pero que a diferencia de las duplicaciones intestinales clásicas no comparten asociación anatómica con el tubo digestivo. Por lo tanto su tratamiento incluye una simple ligadura y division de su pediculo vascular no siendo necesaria la resección intestinal.

*Forma de presentación: Poster.*

### **74. Obstrucción intestinal secundaria a hernia diafragmática iatrogénica.** Díaz Moreno E, Martín Cano F, Licerias Licerias E, García Gómez M, Muñoz Miguelsanz MA, Fernández Valadés R. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** La hernia diafragmática congénita anterior corresponde al 2-6% de los defectos diafragmáticos. Sin embargo, la hernia diafragmática iatrogénica es poco frecuente. En la mayoría de los casos se asocia a traumatismos toracoabdominales o es secundaria a una cirugía torácica. El caso clínico presentado destaca por su rareza de aparición clínica como obstrucción intestinal con necrosis de asas.

**Material y métodos.** Caso clínico de un paciente, que presentó una hernia diafragmática anterior iatrogénica, secundaria a una cirugía cardiaca en el periodo neonatal, debutando con un cuadro de obstrucción intestinal.

**Resultados.** Paciente varón de 3 años, intervenido neonatalmente de truncus arterioso. Presenta cuadro clínico de dolor abdominal generalizado y progresivo, fiebre elevada, vómitos biliosos y gran distensión abdominal. En la radiografía toracoabdominal se aprecia paso de contenido abdominal a tórax. Se interviene con carácter urgente, bajo la sospecha de hernia diafragmática y obstrucción intestinal por encarceración. Intraoperatoriamente se observa hernia diafragmática anterior con intestino encarcerado y necrótico. Se realizó reducción del contenido encarcerado, cierre del defecto diafragmático, resección intestinal de asas necróticas (30 cm de íleon terminal y colon ascendente) y colocación de tubo de drenaje torácico. La evolución fue satisfactoria, reanudando la nutrición enteral el 5º día postoperatorio, procediéndose al alta hospitalaria a las 2 semanas de la intervención.

**Conclusiones.** Debemos plantear la hernia diafragmática iatrogénica como un posible diagnóstico ante la presencia de un cuadro de obstrucción intestinal, en pacientes que han sido sometidos a una cirugía torácica previa. El diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para evitar las complicaciones derivadas de esta patología.

*Forma de presentación: Poster.*

**75. Obstrucción intestinal en niños mayores con fibrosis quística.** Pueyo Gil C, Royo Cuadra Y, Maldonado Artero J, Skrabski R, di Crosta I. *Hospital Universitario 'Joan XXIII' de Tarragona.*

**Objetivos.** Debido a los avances en el cuidado de niños con fibrosis quística estos sobreviven más tiempo, lo que hace que con mayor frecuencia aparezcan complicaciones gastrointestinales en el niño mayor

**Material y métodos.** Presentamos 2 casos de niños que acudieron a urgencias con un cuadro agudo de obstrucción intestinal. El primer caso correspondió a una niña de 5a que sufrió 2 cuadros de invaginación intestinal en un periodo de 6m y el 2º a un chico de 12a que presentó un síndrome de obstrucción intestinal distal o equivalente del íleo meconial.

**Resultados.** Los 3 procesos necesitaron corrección quirúrgica mediante laparotomía. Las invaginaciones no pudieron reducirse por pneumoenema y precisaron reducción manual. La situación clínica del chico no permitió solucionar el cuadro obstructivo mediante lavados intestinales y se realizó enterotomía evacuadora.

**Conclusiones.** Ante todo niño con antecedentes de fibrosis quística y sintomatología gastrointestinal hay que conocer las posibles complicaciones que puedan aparecer (síndrome de obstrucción intestinal distal, invaginación, colonopatía fibrosante, apendicopatía o reflujo gastroesofágico) y su tratamiento.

*Forma de presentación: Poster.*

**76. Abdomen agudo secundario a duplicación colónica tubular completa.** García Gómez M, Licerías Licerías E, Castejón Casado J, Martín Cano F, Díaz Moreno E, Muñoz Miguelsanz MA, Fernández Valadés R. *Hospital "Virgen de las Nieves" - Granada.*

**Objetivos.** Presentación de una forma tubular de duplicación colónica completa, que constituye una infrecuente forma de malformación digestiva. Este hecho, unido a su peculiar presentación clínica, y la iconografía de que se dispone, nos ha motivado a la aportación del caso.

**Material y métodos.** Caso clínico de lactante con duplicación tubular completa de ileon terminal e intestino grueso, que debutó como sepsis de origen abdominal, interviniéndose con carácter urgente y evolucionando favorablemente.

**Resultados.** Paciente de 6 meses, que ingresa por cuadro séptico y abdomen agudo. Antecedentes de resección en período neonatal de válvulas uretrales. La radiografía simple muestra asas dilatadas sin patrón oclusivo, mientras que la ecografía muestra abundante líquido libre septado intrabdominal y marcada dilatación de algunas asas, junto con otras de calibre normal. Con el diagnóstico de sepsis de origen abdominal se decide laparotomía, en la que se aprecia abundante líquido seroso, así como ileon terminal que a 5 cms de unión ileocecal se duplica abocando a dos ciegos (cada uno con su apéndice) que

se continúa con una duplicación colónica total, presentando el fragmento antimesentérico signos isquémicos y luz dilatada, que termina en ampolla rectal, a 4 cm de ano normal. Se realiza resección de área duplicada hasta recto, a cuyo nivel se practica anastomosis latero-lateral con sutura mecánica. Período postoperatorio favorable con tránsito intestinal normal y alta hospitalaria 18 días después.

**Conclusiones.** La rareza de esta forma anatómica de malformación digestiva y su peculiaridad clínica, junto a la riqueza iconográfica que aportó el caso, hacen pertinente su presentación a la comunidad científica.

*Forma de presentación: Poster.*

**77. Giant rectosigmoidal colon duplication cyst present as a rare form of intestinal obstruction: a case report.** Stojanoviæ A, Stevanoviæ Z, Jovanoviæ D, Grujiæ B, Milojkoviæ-Marinoviæ V, Sabbagh D. *Department of Neonatal surgery. Institute for Mother and Child HealthCare SERBIA.*

**Objetivos.** Duplications of the rectum are uncommon congenital lesions and constitute about 5% of all enteric duplications, generally discovered during infancy. We report a case of a giant rectosigmoidal duplication cyst that reside in the wall of the colon, treated by totally excision, without disturbing the normal bowel and mesenteric anatomy. AIM – It is important to resolve prompt **differential diagnosis because of wide variety of possible intestinal obstruction.**

**Material y métodos.** A 2 month old infant male, who was previously healthy, presented to our hospital with a one-day history of having a vomitus and mass protruding through the anus during defecation, without blood in the stool. On examination the baby appeared healthy with a soft, nondistended abdomen. Rectal examination revealed with submucosal mass prolapsed through the anus, but easy reducible. All laboratory analysis did not disclose any abnormality. US and NMR showed distended bowel-like mass filled with fluid about 70x50 mm in size in right pelvic fossa. Barium enema revealed the stenotic rectum and sigmoid colon that are externally compressed. The following day, an operation was performed.

**Resultados.** Postoperative recovery was an uneventful. The HP diagnosis was cystis enterogenes cong.

**Conclusiones.** With early diagnosis and proper treatment which is always surgical, these children have an excellent long-term outcomes and quality of life, decreasing the risk of malignant alterations in adult period.

*Forma de presentación: Poster.*

**78. Tratamiento laparoscópico de las duplicaciones gástricas.** Pérez-Bertólez S, Asensio J, Cano A\*, Jiménez A, González M, Rubio JL. *Servicio de Cirugía Pediátrica. \*Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Describir el tratamiento laparoscópico de las duplicaciones gástricas.

**Material y métodos.** Se presentan 2 casos clínicos.

**Resultados.** El primer caso es una niña de 18 meses con una duplicación gástrica doble en la pared posterior, que contacta con el páncreas y el bazo. El segundo caso es un niño de 2 años con una duplicación gástrica cerca del píloro. Ambos fueron tratados mediante cirugía laparoscópica y han tenido una evolución favorable.

**Conclusiones.** La duplicación gástrica es una malformación poco frecuente que requiere tratamiento quirúrgico. La laparoscopia en una vía de abordaje posible y segura.

*Forma de presentación: Poster.*

**79. Quiste de duplicación duodenal. Presentación de un caso y revisión de la literatura.** Gómez O, Vázquez F, Granero R, Garrido JJ, Vargas V, Ruiz C, Lasso Ch. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.*

**Objetivos.** Los quistes de duplicación duodenal representan el 6% de las duplicaciones gastrointestinales. Su incidencia se estima en 1 por cada 100.000 neonatos. Los síntomas son inespecíficos, siendo el más frecuente el dolor abdominal.

**Material y métodos.** Se presenta el caso de una niña de 6 años que consultó por episodios de dolor abdominal intermitente y posterior cuadro de pancreatitis aguda leve.

**Resultados.** La ecografía reveló una lesión quística de 2 cm adyacente a la cara interna de la segunda porción duodenal. En el esofagograma se apreció una impronta extrínseca en la segunda porción duodenal y la endoscopia evidenció una imagen sacular en la cara interna de la segunda porción duodenal. La colangiografía mostró un quiste de duplicación intestinal de 3,6 x 2,1 cm.

Se efectuó laparotomía transversa, con hallazgo de quiste de duplicación duodenal intraluminal localizado en la segunda porción, con pared posterior común con el duodeno, presentando comunicación directa con la luz duodenal. Se realizó duodenotomía anterior, apertura de la pared anterior del quiste, colangiografía intraoperatoria, evidenciando el árbol biliar con drenaje en la pared posterior común; resección parcial del quiste y mucosectomía. La anatomía patológica descartó la presencia de mucosa ectópica.

**Conclusiones.** Los quistes de duplicación duodenal deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal recurrente. Por sus relaciones anatómicas, las complicaciones más frecuentes son la pancreatitis, la ictericia y la obstrucción intestinal. El abordaje quirúrgico debe individualizarse en cada caso en función de las relaciones anatómicas del quiste con el duodeno y el árbol biliar.

*Forma de presentación: Poster.*

**80. Obstrucción gástrica debida al mal uso de un botón de gastrostomía.** Marco C, Gómez-Veiras J, García Palacios M, García González M, Somoza I, Gómez Tellado M, Dargallo T, Pais E, Caramés J, Vela D. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

**Objetivos.** La gastrostomía es un método muy utilizado en niños con dificultades para la alimentación oral. Se han descrito múltiples complicaciones derivadas del uso de estos sistemas. El objetivo de este trabajo es presentar una complicación infrecuente, como es la obstrucción gástrica debida a la utilización incorrecta de un botón de gastrostomía.

**Material y métodos.** Revisión de la historia clínica y pruebas radiológicas de la paciente.

**Resultados.** Niña de 6 meses que ingresa en el Servicio de Pediatría por síndrome febril de origen desconocido. Intervenida de hipoplasia de cavidades izquierdas y portadora de gastrostomía implantada mediante laparotomía por dificultad para la alimentación. Recibe tratamiento antihipertensivo y Omeprazol en suspensión a 3 ml/12 h a través del botón de gastrostomía. Durante el ingreso inicia un cuadro de vómitos de repetición tras todas las tomas que cesan con dieta absoluta. Ecografía abdominal: Formación quística de 4 cm de diámetro. Se inyecta contraste radiológico a través del botón de gastrostomía observando severa dificultad del vaciamiento gástrico. Se decide retirar el balón de gastrostomía, extrayendo 12 ml de líquido blanquecino correspondientes a la dosis de omeprazol con la que se trataba a la paciente. Tras el vaciamiento del balón la paciente comienza a tolerar sin complicaciones.

**Conclusiones.** Es importante el conocimiento de los cuidados habituales que requiere este tipo de sistemas tanto por parte de los padres como del personal sanitario debido al alto porcentaje de complicaciones en las que puede derivar su mal uso. Debemos sospechar esta rara complicación ante la presencia de vómitos de repetición en estos pacientes.

*Forma de presentación: Poster.*

**81. Vólvulo de colon transversal sobre malrotación intestinal en adolescente de 13 años.** Amat Valero S, Torres de Aguirre A, Santamaría Ossorio JJ, Enríquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R, Cavaco Fernandes R. *Hospital Universitario Materno Infantil de Badajoz. Servicio Cirugía Pediátrica. SES.*

**Objetivos.** El vólvulo de colon transversal es causa poco frecuente de obstrucción de intestino grueso, con una frecuencia 1-3%. Su diagnóstico se apoya en la radiología convencional y las variantes terapéuticas van desde la desvolvulación hasta la resección.

**Material y métodos.** Se presenta un paciente diagnosticado y tratado en nuestro centro con vólvulo de colon transversal.

**Resultados.** Niño de 13 años enviado por sospecha de vólvulo intestinal de inicio súbito. Comienza con dolor abdominal agudo, continuo, generalizado, de intensidad creciente, acompañado de distensión abdominal, 2 vómitos biliosos. Previamente asintomático.

**Exploración:** taquipnea, hipertensión, sudoración, abdomen distendido, timpánico, duro. Radiografía de abdomen: gran distensión de asa intestinal, imagen en “balón de rugby”, ausencia de aire distal. Laparotomía media: gran dilatación de asas intestinales encontrándose el ciego en hipocondrio derecho y todo el colon volvulado. Se realiza desvolvulación, disponiéndose el colon a la izquierda del abdomen y el delgado a la derecha. No se realiza fijación de la malrotación intestinal debido a la gran dilatación de las asas por el elevado riesgo de perforación. El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio, estando asintomático hasta la actualidad.

**Conclusiones.** La volvulación del colon transversal es una entidad poco frecuente (1-3%) debido a la normal fijación de los ángulos hepático y esplénico y su mesenterio corto, por lo que se asocia a un alto índice de gangrena (16%) si se produce.

Es por tanto un diagnóstico a tener en cuenta ante un abdomen agudo, siendo importante la rapidez del tratamiento evitando el compromiso vascular de las asas volvuladas.

*Forma de presentación: Poster.*

**82. Perforación gástrica: ¿es conveniente su profilaxis en las meningitis bacterianas?** González Esgueda A, Calleja Aguayo E, Escartín Villacampa R, Delgado Alvira R, Elías Pollina J. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** Las úlceras de estrés en pediatría representan una entidad descrita principalmente en pacientes con enfermedades sistémicas graves, enfermedades del SNC y grandes quemados. Actualmente su incidencia es baja debido a la eficacia de la profilaxis farmacológica pero a pesar de ello, debe tenerse en cuenta siempre, debido a la gravedad de las complicaciones asociadas y su morbimortalidad.

**Material y métodos.** Se realiza una revisión de los casos descritos en la bibliografía pediátrica abarcando profilaxis farmacológica y abordaje quirúrgico tanto de la úlcera de estrés como de las complicaciones asociadas. Aportamos el caso de un niño de 4 años en tratamiento por meningitis meningocócica que es derivado a nuestro hospital por dolor y distensión abdominal. En la radiografía de abdomen se observa importante neumoperitoneo motivo por el cual se realiza laparotomía, evidenciándose una perforación gástrica de 1 centímetro de diámetro a nivel de antro.

**Resultados.** Se realiza sutura primaria de la perforación. La evolución posterior ha sido satisfactoria procediendo al alta hospitalaria con tratamiento domiciliario con omeprazol.

Destacamos que el desarrollo de úlceras de estrés se relaciona tanto con evoluciones tórpidas de patologías relativamente menos importantes como la apendicitis aguda como con meningoencefalitis, sepsis graves y politraumatizados.

**Conclusiones.** Los cirujanos pediátricos debemos estar familiarizados con la aparición de las graves complicaciones derivadas de este tipo de patología y sus distintas posibilidades terapéuticas. Se recomienda la profilaxis farmacológica en todos los pacientes que presenten factores de riesgo para el desarrollo de úlcera de estrés.

*Forma de presentación: Poster.*

**83. Neumatosis intestinal quística: ¿neumoperitoneo no quirúrgico?** Corona C, Angulo JM, Cañizo A, Tardaguila A, Zornoza M, Rojo R, Carrera N, Molina E, Peláez D, García Casillas MA, Cerdá J. *Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La neumatosis intestinal quística es una patología poco común caracterizada por quistes en la pared del tracto gastrointestinal llenos de gas. Se asocia a diversas patologías y es de curso en general benigno, aunque el diagnóstico diferencial con la perforación intestinal puede resultar complejo.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de un varón de 17 años, con antecedente de trasplante cardiaco hace 5 meses, afectación por corticoterapia crónica, diabetes, y cistitis hemorrágica. Ingresa por dolor abdominal, presentando empeoramiento clínico progresivo con aumento de la distensión abdominal, vómitos y dificultad respiratoria que precisa ingreso en UVI. En la analítica: PCR 48, láctico en aumento, acidosis metabólica. Radiología simple y TAC abdominal: presencia de pequeñas colecciones aéreas ectópicas abdominales, de predominio a nivel de hemiabdomen superior.

**Resultados.** Se decide intervención quirúrgica por sospecha de perforación intestinal. Se realiza laparotomía media supra- infraumbilical, objetivando abundante gas en epiplón mayor y transcavidad de los epiplones, que diseca hasta retroperitoneo. Presenta buen aspecto de las asas intestinales, sin evidencia de perforación ni líquido libre. No precisa derivación ni resección intestinal, presentado buena evolución postoperatoria.

**Conclusiones.** La neumatosis intestinal quística es una entidad rara aunque relativamente frecuente en pacientes inmunodeprimidos. Un diagnóstico adecuado puede evitar laparotomías innecesarias.

*Forma de presentación: Poster.*

**84. Querubismo: diagnóstico y tratamiento en la edad pediátrica.** Sánchez Burgos R, Ramírez Piqueras M, Martín Pérez M, Gómez García E, Burgueño García M. *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Se presenta un caso clínico de querubismo seguido en nuestro servicio desde la infancia precoz y tratado mediante una serie de intervenciones encaminadas a minimizar el impacto de la enfermedad en los contornos faciales y la oclusión.

**Material y métodos.** El Querubismo es una displasia ósea benigna de la infancia, que afecta exclusivamente a los huesos maxilares. La prevalencia de la enfermedad es de 1 o menos de cada 10.000 niños. Es una enfermedad hereditaria autosómica dominante que implica una alteración en la actividad osteoblástica y osteoclástica. El diagnóstico es clínico y radiológico, confirmado por la histología. El manejo es controvertido, recomendándose una actitud quirúrgica lo más conservadora posible durante la fases de crecimiento rápido.

**Resultados.** El paciente es intervenido en múltiples ocasiones empleándose técnicas de curetaje y osteotomías y osteotomías con el fin de mejorar el aspecto estético y oclusal. Se discute la controversia en cuanto a las técnicas quirúrgicas disponibles, la edad apropiada para el tratamiento, la evolución de la enfermedad a lo largo de la infancia y el impacto emocional de la enfermedad.

**Conclusiones.** Existe gran controversia en cuanto al manejo quirúrgico del querubismo. El tratamiento durante la infancia mediante técnicas conservadoras basadas en el curetaje y el remodelado óseo mejora los contornos faciales y la oclusión y favorece un buen desarrollo desde el punto de vista funcional y psicosocial.

*Forma de presentación: Poster.*